

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1945

THÈSE

N°

647

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre VOYEUX

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 7 décembre 1920, à Paris

Présentée et soutenue publiquement le 29 juin 1945

Les Problèmes sanitaires soulevés
par l'hébergement des ressortissants étrangers
après la libération du Territoire français

LE SERVICE DE SANTÉ
DES
CAMPS D'ÉTRANGERS

Président : M. DEBRÉ, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1945



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : **VOYEUX.**

Prénom : **Pierre.**

Date de la soutenance : 29 juin 1945.

Numéro d'ordre :

1

VOYEUX (Pierre). — Les problèmes sanitaires soulevés par l'hébergement des ressortissants étrangers après la libération du Territoire français. Le Service de Santé des camps d'étrangers. — Paris, Jouve et C^{ie}, édit., 1945, in-8°, 84 p.

(Th. Méd. (Et.), Paris, 1945,
N°)

2

VOYEUX (Pierre). — Les problèmes sanitaires soulevés par l'hébergement des ressortissants étrangers après la libération du Territoire français. Le Service de Santé des camps d'étrangers. — Paris, Jouve et C^{ie}, édit., 1945, in-8°, 84 p.

(Th. Méd. (Et.), Paris, 1945,
N°)

3

VOYEUX (Pierre). — Les problèmes sanitaires soulevés par l'hébergement des ressortissants étrangers après la libération du Territoire français. Le Service de Santé des camps d'étrangers. — Paris, Jouve et C^{ie}, édit., 1945, in-8°, 84 p.

(Th. Méd. (Et.), Paris, 1945,
N°)

4

VOYEUX (Pierre). — Les problèmes sanitaires soulevés par l'hébergement des ressortissants étrangers après la libération du Territoire français. Le Service de Santé des camps d'étrangers. — Paris, Jouve et C^{ie}, édit., 1945, in-8°, 84 p.

(Th. Méd. (Et.), Paris, 1945,
N°)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1945

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre VOYEUX

Externe des Hôpitaux de Paris
Né le 7 décembre 1920, à Paris

Présentée et soutenue publiquement le 29 juin 1945

Les Problèmes sanitaires soulevés
par l'hébergement des ressortissants étrangers
après la libération du Territoire français

LE SERVICE DE SANTÉ
DES
CAMPS D'ÉTRANGERS

Président : M. DEBRÉ, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1945

DOYENS HONORAIRES

MM. H. Roger, Balthazard, Roussy et Tiffeneau

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Balthazard, Bar, Basset, Bezançon, Brindeau, Carnot,
Chiray, Claude, Clerc, A. Couvelaire, Cunéo, Delbet, Hartmann,
Heitz-Boyer, Jeannin, Laignel-Lavastine, Laubry, Lenormant, Marion
Mulon, Ombredanne, H. Roger, Roussy, Sannié, Sébilleau, Sézary
Tanon et Tiffeneau.

DOYEN..... BAUDOUIN
ASSESSEUR..... Léon BINET

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.....	ROUVIÈRE.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Assistance Médico-sociale	N...
Bactériologie.....	GASTINEL.
Chimie médicale.....	POLONOVSKI.
Clinique de cardiologie.....	DONZELOT.
	BROCC.
Cliniques chirurgicales	CADENAT.
	MONDOR.
	QUÉNU.
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie.....	LEVEUF.
Clinique chirurgicale orthopédique.....	MATHIEU.
Clinique gynécologique.....	MOCQUOT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies des enfants.....	DEBRÉ (R.).
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale.....	LÉVY-VALENSI.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
	ABRAMI.
Cliniques médicales.....	FIESSINGER.
	HARVIER.
	P.-VALLÉRY-RADO.
Clinique médicale propédeutique.....	VILLARET.
Clinique de Neuro-chirurgie.....	VINCÉNT (C)
	LANTUÉJOUL.
Cliniques obstétricales.....	LÉVY-SOLAL.
	PORTES.
Clinique ophtalmologique	VÉLTER.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMATRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	SÈNÈQUE.
Clinique thérapeutique médicale.....	LOEPER.
Clinique de la Tuberculose.....	TROIISIÈRE.
Clinique urologique.....	N...
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LIAN.
Histologie.....	CHAMPY.

Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	BESANÇON (Justin).
Hygiène et clinique de la première enfance.....	CATHALA.
Hygiène et médecine préventive.....	JOANNON.
Médecine légale.....	DUVOIR.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT (E.).
Pathologie chirurgicale.....	PETIT-DUTAILLIS
Pathologie expérimentale et comparée.....	BÉNARD (Henri).
Pathologie médicale.....	CHABROL.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pharmacologie et matière médicale.....	HAZARD.
Physiologie.....	BINET (Léon).
Physique médicale.....	STROHL.
Technique chirurgicale.....	MOULONGUET.
Thérapeutique.....	AUBERTIN.

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. DOGNON (Physique médicale), GAILLARD (Parasitologie), GIROUD (Histologie), JAYLE M. (Chimie médicale), LAROCHE G. (Médecine générale), OLIVIER (Anatomie), VERNE (Histologie).

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.		MM.
Anatomie.....	CORDIER.		GARCIN.
	N...		DE GENNES.
	DELARUE.		HAGUENAU.
Anatomie pathologique	M ^{lle} GAUTHIER.		LELONG.
	VILLARS.	Médecine générale.....	LENÈGRE.
Bactériologie.....	BONNET.		MARCHAL.
Chimie médicale.....	N...		MOLLARET.
	AMELINE.		MOUQUIN.
	FÈVRE.		SOULIÉ.
	FUNCK-BRENTANO	Médecine légale.....	DESOILLE.
	MÉNÉGAUX.		DIGONNET.
Chirurgie générale...	PATEL.		LACOMME.
	SICARD.	Obstétrique.....	SUREAU.
	N...		N...
	N...	Ophthalmologie.....	RENARD.
	N...	Oto-rhino-laryngologie.	HALPHEN.
Histologie.....	BULLIARD.	Parasitologie.....	LAVIER.
Hydrologie.....	N...	Parasitologie coloniale.	N...
Hygiène.....	N...	Pathologie expériment.	LEMAIRE.
	BARIÉTY.	Pharmacologie.....	M ^{lle} J. LÉVY.
	BERNARD (Ét.).		N...
	BOULIN.		RICHET
Médecine générale....	BROUET.	Physiologie.....	N...
	CACHERA.	Physiologie médicale...	DESGREZ (H.).
	COSTE.	Thérapeutique.....	TURPIN.
	DELAY.	Urologie.....	COUVELAIRE.

III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGRÉGÉS

RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM. BASSET (Chirurgie générale), HUGUENIN (Anatomie pathologique),
LE LORIER (Obstétrique), PIÉDELIÈVRE (Médecine légale), VAUDESCAL (Obstétrique).

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

	MM.		MM.
Clinique chirurgicale...	{ GATELLIER. DE GAUDART D'ALLAINES.	Clinique médicale....	{ ALAJOUANINE. CHEVALLIER. LAROCHÉ Guy. MOREAU.
Clinique obstétricale...	ECALLE.	Clinique urologique..	FEY.

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.		MM.
Puériculture.....	N...	Stomatologie.....	DECHAUME.
Radiologie.....	LEDOUX-LEBARD		

	MM.
Secrétaire de la Faculté.....	J. MOREL.
Secrétaire-adjoint.....	M. BRISSIAUD.

Bibliothécaire en Chef.....	A. HAHN.
Bibliothécaires.....	M ^{lles} DUMAITRE, GOICHON, LAURENT.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

En témoignage de mon admiration et de ma grande affection.

A MON BEAU-PÈRE

*Dont l'exemple a été pour moi le meilleur guide ;
l'expression de ma profonde gratitude.*

A MA FIANCÉE

Qui m'a toujours apporté un encouragement précieux dans le chemin que je me suis tracé.

A MA SŒUR

AU DOCTEUR JACQUES BENARD, externe des Hôpitaux
de Paris

A MICHEL DE BRAY

A ROBERT DUMAS, Docteur en pharmacie

A JEAN FRÉAL, architecte de l'École des Beaux-Arts

A TOUS MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DEBRÉ

**Membre de l'Académie de Médecine
Vice-président du Conseil consultatif de Santé
du Ministère des Prisonniers, Déportés, Réfugiés**

*Qui nous a fait le très grand honneur d'accepter
la présidence de cette thèse. Qu'il veuille bien trou-
ver ici l'expression de notre respectueuse gratitude.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR P. BOURGEOIS

Médecin des Hôpitaux de Paris,
Directeur du Service de Santé et Assistance du Rapatriement

*Qui a su nous communiquer son enthousiasme et
son dévouement à la cause des Prisonniers, Dépor-
tés et Réfugiés.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR DE GRACIANSKY

Assistant des Hôpitaux de Paris
Chef du Service de Santé des Camps d'Etrangers

*Dont les directives aussi bienveillantes qu'éclairées
ont grandement facilité notre mission.
En hommage reconnaissant.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR L. BRUMPT

Assistant des Hôpitaux de Paris
Médecin-Consultant d'épidémiologie de la Direction
du Service de Santé du Rapatriement

L'expression de notre gratitude et de notre profonde sympathie.

A MON EXCELLENT AMI

LE MÉDECIN-LIEUTENANT GATELMAN

Externe des Hôpitaux de Paris
Adjoint au Chef du Service de Santé des Camps d'Etrangers

Qui apporta son intelligence et son activité inlassable à la tâche qui nous a été confiée en commun.

AUX MÉDECINS DU SERVICE DE SANTÉ
DES CAMPS D'ÉTRANGERS

A TOUS MES CAMARADES DU SERVICE DE SANTÉ
DU RAPATRIEMENT

A MES MAITRES A LA FACULTÉ DE PARIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage et Externat

MONSIEUR LE PROFESSEUR CUNÉO (*in memoriam*)

MONSIEUR LE PROFESSEUR CARNOT

MONSIEUR LE PROFESSEUR FIESSINGER

MONSIEUR LE PROFESSEUR SÉNÈQUE

MONSIEUR LE DOCTEUR MERLE-d'AUBIGNÉ

MONSIEUR LE PROFESSEUR CHIRAY

MONSIEUR LE DOCTEUR ESCALIER

MONSIEUR LE PROFESSEUR HARVIER

MONSIEUR LE DOCTEUR ROBERT CLÉMENT

MONSIEUR LE DOCTEUR HUET

MONSIEUR LE PROFESSEUR LÉON BINET

*L'hommage de ma reconnaissance et de mon
respectueux dévouement.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR HENRI BÉNARD

Membre de l'Académie de Médecine

A MONSIEUR LE DOCTEUR CHARLES DEBRAY

Médecin des Hôpitaux de Paris



PRÉFACE

Parmi tous les problèmes qui se sont posés lors du rapatriement, celui de l'hébergement d'un nombre très important de ressortissants étrangers de tous pays a certainement été le plus inattendu, le plus complexe, et celui qui a nécessité les solutions les plus rapides.

C'est, en effet, presque du jour au lendemain que le Ministère des Prisonniers et Déportés s'est trouvé en face de plusieurs dizaines de milliers de ressortissants étrangers et particulièrement de citoyens soviétiques qu'il fallait héberger. Parmi eux des femmes, des enfants, des malades qu'il fallait hospitaliser.

Cet hébergement a dû être prévu dès le mois de décembre 1944, c'est-à-dire en plein hiver, dans un pays encore désorganisé par l'occupation allemande, privé de moyens et à une époque où toute l'attention du pays et du Gouvernement était orientée vers la poursuite victorieuse de la guerre plus que vers les problèmes du rapatriement.

Le Service de Santé du Rapatriement ne disposait alors que d'un nombre infime de médecins volontaires. Il a dû, tout en préparant le dispositif sanitaire du rapatriement général, s'adapter à ces conditions nouvellement créées, assurer à la fois le service médical et le service social de ces populations disparates, faites de ressortissants alliés qui, pour la plupart, ne parlaient pas le français, et dont les susceptibilités nationales, bien légitimes, devaient être ménagées.

Le Docteur Voyageux s'est consacré avec un dévouement inlassable à la mise sur pied de cette organisation. Il expose dans sa thèse comment ces problèmes ont été abordés et quelles solutions ont pu être apportées.

L'hygiène générale des camps et la prophylaxie du typhus ont été les deux points qui ont surtout attiré notre attention. Il faut reconnaître, à l'éloge du Service de Santé des camps d'étrangers et de son Directeur le Docteur de Graciansky, qu'aucune épidémie grave ne s'est produite dans les camps. Si les conditions générales de confort n'ont pas toujours

été ce qu'il aurait été souhaitable qu'elles fussent, l'essentiel, au point de vue sanitaire, a été fait.

Aux problèmes posés par l'hébergement des étrangers en France s'ajoute, à l'heure actuelle, celui du transfert de ces populations vers leur pays d'origine.

Quand, la paix définitivement installée, l'historien et le sociologue voudront étudier cette prodigieuse migration de peuples qu'a été la remise en place des populations européennes après la guerre, la thèse du Docteur Voyeux constituera un document médical et social essentiel à consulter. Il possède cette qualité rare d'avoir été vécu au jour le jour par son auteur avant d'être définitivement fixé par écrit.

Docteur Pierre BOURGEOIS,

Médecin des Hôpitaux de Paris

Sous-Directeur

Chef du Service de Santé et Assistance
du Rapatriement.

AVANT-PROPOS

Les événements que nous vivons sont riches d'expériences involontaires, presque toujours pénibles, souvent intéressantes. Il ne faut pas en laisser perdre le fruit. C'est ainsi que l'afflux de très nombreux étrangers sur notre territoire, en même temps qu'il posait les problèmes d'organisation sanitaire les plus délicats, offrait à notre observation diverses manifestations pathologiques inhabituelles en France.

Comment les services du Ministère des Prisonniers, Déportés et Réfugiés ont-ils résolu l'organisation sanitaire des Centres d'Etrangers, quelles constatations médicales ont pu être faites dans ces centres, tel est le double aspect sous lequel M. Voyeux étudie la question de l'état sanitaire des Etrangers en France depuis la Libération jusqu'en juin 1945.

Nul n'était plus qualifié que lui pour le faire puisque dès décembre 1944 il a été adjoint à la Direction du Service de Santé des Camps d'Etrangers. Il en a vu élaborer la doctrine sanitaire, il a activement participé à son exécution et a effectué lui-même la plupart des enquêtes épidémiologiques.

L'intérêt de l'étude d'une telle organisation sanitaire est grand. C'est un peu un terrain neuf que les services du Ministère ont eu à défricher et l'expérience, dont les pages qui vont suivre sont le reflet, pourra peut-être servir plus tard si, par malheur, des circonstances analogues se reproduisaient.

Quelle importance revêt la morbidité, quel est le personnel indispensable au fonctionnement d'un tel service, quels sont les besoins en médicaments et en matériel, ce sont autant de points qu'il importe de pouvoir prévoir. Les documents courants du Service de Santé militaire ne concernent habituellement pas des groupements humains comparables. On pourra donc trouver ici les éléments d'une semblable appréciation.

De plus, il n'est pas indifférent d'apercevoir, d'un point de vue plus particulier, comment, dans les mois qui ont suivi la Libération, les institutions se sont progressivement centralisées.

Depuis les équipes de secours partant « dans la nature » les premiers jours, jusqu'à l'organisation actuelle où tout dépend étroitement de Paris, un long chemin a été parcouru. Le microcosme sanitaire a fidèlement reproduit en cela le macrocosme national. Il y a là, un petit point d'histoire qu'il n'est pas sans importance de mettre en évidence, ne

serait-ce que pour y tirer l'encouragement que comporte la constatation de la restauration d'un certain ordre.

Un intérêt plus proprement médical s'attache à la seconde partie de cette thèse.

Ce n'est pas que les maladies constatées dans les camps aient été très nombreuses, et nous nous en félicitons, mais leurs aspects ont été particuliers et surtout une étude épidémiologique a pu permettre des constatations intéressantes.

La crainte du typhus exanthématique a été une hantise constante, tenant aussi bien à la gravité de l'affection, à ses terribles flambées épidémiques qu'au peu d'habitude que nous avons de cette affection.

Les seuls cas constatés sont à verser au dossier de ce typhus endémique dont l'origine est encore pleine d'inconnues. La pratique des hémodiagnosics en série chez les sujets contact et les sujets voisins a pu permettre d'authentifier ces formes et de rassurer les populations comme aussi les autorités sanitaires locales. La suite des événements a confirmé ces vues optimistes et jusqu'ici dans aucun des cas le typhus ne s'est étendu.

Ce sont aussi les hémodiagnosics en série qui ont permis d'étudier quelques épidémies de fièvre typhoïde, principalement développées dans la région de l'Est, à la faveur des brassages intenses de populations provenant directement de l'Allemagne, où elles ont été insuffisamment vaccinées.

Des rapprochements épidémiologiques permettent souvent de retracer l'itinéraire suivi par un réfugié comme dans le cas assez pittoresque de la malade de Beauregard dont on lira plus loin l'histoire.

L'observation de cas de scarlatine, de rougeole a permis de retrouver les caractéristiques épidémiologiques bien classiques de ces affections.

Quant à la Tuberculose, aux maladies vénériennes, leur fréquence d'ailleurs bien attendue, n'a rien de surprenant dans les conditions de misère et de promiscuité où ont été trouvés les étrangers au moment de leur libération.

Tels sont les principaux faits qu'apporte l'intéressant travail de M. Voyeux dont l'objectivité n'a pas cherché à masqué les imperfections de l'organisation et de l'exécution des mesures sanitaires qu'il a étudiées.

Il est certain qu'en des périodes plus fastes, la France eut réservé à ses hôtes un plus riche accueil : elle aurait mis avec sa générosité coutumière ses abondantes ressources à leur pleine disposition. En cette période de misère, l'effort réalisé n'en prend peut-être que plus de valeur.

Docteur DE GRACIANSKY,
Assistant des Hôpitaux de Paris
Chef du Service de Santé des Camps
d'Etrangers.

LE SERVICE DE SANTÉ DES CAMPS D'ÉTRANGERS

INTRODUCTION

Le repli brusqué des forces armées allemandes, sur les fronts de l'Ouest et de la Méditerranée, durant les mois d'août et septembre 1944, a eu pour conséquence l'abandon inévitable sur notre territoire libéré, d'un nombre considérable de ressortissants étrangers qui y avaient été déportés pendant les années d'occupation ennemie, soit comme travailleurs soit comme prisonniers de guerre.

Il appartenait dès lors aux autorités françaises de regrouper dans des camps d'accueil ces étrangers en attendant que puisse s'effectuer un jour leur rapatriement dans leur pays d'origine, d'assurer leur subsistance et de prodiguer les soins que nécessiterait leur état.

Mais l'éparpillement extrême de ces réfugiés dans tous les départements, le manque d'informations, les difficultés énormes de communication, d'approvisionnement, de transport, la confusion et la pauvreté devant lesquelles nous nous sommes trouvés au lendemain de la libération, furent autant d'obstacles qui gênèrent considérablement l'action des différents organismes qui, à l'origine, apportèrent leur aide aux ressortissants étrangers : le Ministère de la Guerre, le Ministère des Prisonniers de Guerre, Déportés et Réfugiés, le Ministère de l'Intérieur.

Ce n'est que peu à peu que le Ministère des Prisonniers de Guerre, Déportés et Réfugiés se substitua aux autres organismes et fut appelé à prendre sous son autorité la plus grande proportion des Etrangers.

Il fallut charger la **Sous-Direction des Réfugiés Etrangers** du Ministère des Prisonniers de Guerre, Déportés et Réfugiés de tous les problèmes administratifs ayant trait à la gestion des camps, et organiser parallèlement un Service de Santé cohérent qui pût assurer, dans tous les centres d'hébergement, une action sanitaire efficace. C'est ainsi que le **Service de Santé des Camps d'Etrangers** fut, au sein du **Service de Santé et Assistance du Rapatriement**, le premier échelon organisé, celui qui resta, pendant plusieurs mois le plus actif jusqu'au jour où s'effectua le rapatriement général des Français en provenance

d'Allemagne, et celui qui risque de survivre quelque temps encore à cette grande opération, le transfert des ressortissants étrangers dans leur pays d'origine étant appelé à rencontrer, dans certains cas, de grandes difficultés.

Le souvenir des grandes épidémies, comme celle de 1918, n'était-il pas encore assez vivace pour qu'on mesurât l'importance du problème sanitaire qui s'offrait à nous, et qu'on prît des mesures rigoureuses de prophylaxie pour parer au très grave danger que risquait de faire courir, aux populations civiles françaises et aussi aux troupes alliées en déplacement sur notre territoire, la présence de milliers de personnes disséminées à la guise des événements et trouvées dans un état physique ou d'hygiène souvent pitoyable ?

Par ailleurs, ces ressortissants étrangers appartenant pour la plupart, à des pays alliés du nôtre, étaient en droit d'attendre une aide immédiate et dévouée. Nous accomplissions d'abord un devoir d'humanité et nous affirmions aussi notre reconnaissance aux peuples qui ont si durement contribué à la Victoire.

Nous pensions enfin que des mesures identiques seraient prises, à des milliers de kilomètres de nos frontières, par nos alliés soviétiques au fur et à mesure de l'avance de leurs armées, et dont bénéficieraient les prisonniers de guerre français libérés par elles.

Le nombre des ressortissants étrangers dont nous nous sommes occupés n'a cessé de croître, car, à ceux qui ont été délivrés sur notre territoire, se sont ajoutés, quelques mois plus tard, des milliers de réfugiés étrangers ramenés d'Allemagne et transités en France avant leur rapatriement définitif.

La direction du **Service de Santé des Camps d'Etrangers** dut faire face, dans des conditions très difficiles, à une tâche énorme d'organisation, mettre en place de nombreux jeunes médecins et étudiants en médecine et en contrôler l'activité. Il fut demandé à chacun un très large esprit d'initiative et de grandes qualités professionnelles et c'est grâce à une obstination inlassable dans l'effort que nous avons pu, tous ensemble, effectuer notre tâche.

Nous pensons que cette œuvre mérite de laisser derrière elle une histoire et un enseignement comme elle a laissé à ceux qui y ont contribué une empreinte réelle et des souvenirs innombrables ; et nous avons choisi, pour écrire cet ouvrage, le moment où notre activité atteignait son point culminant, à la veille des premières mesures de rapatriement des Etrangers, au cours du mois de juin 1945.

Pour tracer un tableau aussi complet que possible du sujet qui nous intéresse, il nous est apparu nécessaire d'individualiser deux grands chapitres :

Le premier traitera de :

La gestion sanitaire des camps d'étrangers.

où l'on étudiera successivement :

- 1^o Les conditions de peuplement des camps et les problèmes psychologiques qui en découlent pour le médecin ;
- 2^o La situation géographique et les caractéristiques essentielles des différents camps ;
- 3^o L'organisation du Service de Santé des camps d'étrangers ;
- 4^o La place du médecin dans la Mission militaire française qui encadre chaque camp ;
- 5^o La tâche du médecin dans les camps d'étrangers :
 - l'infirmerie,
 - les mesures d'hygiène générale,
 - l'approvisionnement en matériel sanitaire et médicaments.

Le second présentera :

Le bilan sanitaire six mois après la création du Service de Santé des camps d'étrangers.

- 1^o Les questions d'hospitalisation et de spécialités ;
 - 2^o La morbidité dans les camps :
 - tuberculose,
 - maladies vénériennes,
 - parasitoses,
 - affections diverses.
 - 3^o La natalité ;
 - 4^o Les questions épidémiologiques qui ont été soulevées :
 - typhus exanthématique,
 - fièvre typhoïde,
 - scarlatine,
 - rougeole,
 - diphtérie.
-



CHAPITRE PREMIER

La gestion sanitaire dans les camps d'étrangers.

I. — Les conditions de peuplement des camps et les problèmes psychologiques qui en découlent pour le médecin.

Il apparaît indispensable de donner avant tout quelques précisions sur les diverses populations auxquelles nos médecins ont été appelés à donner leurs soins. La prédominance parmi les nombreuses nationalités rencontrées de quatre groupes ethniques nettement individualisés a permis dans une large mesure leur regroupement dans des Centres distincts :

a) *Les sujets soviétiques* furent de loin les plus nombreux (les Allemands avaient en effet massé ces ressortissants en Europe occidentale). Qu'il s'agisse de civils (hommes, femmes, enfants) déportés du travail dans l'organisation Todt, ou de prisonniers de guerre, ou même d'internés politiques, on devine les innombrables obstacles quotidiens que nos médecins se sont efforcés de surmonter pour faire partager en toute circonstance notre point de vue sanitaire.

Aux difficultés linguistiques banales s'ajoutait, en outre, le climat psychologique propre à ces populations. La rigide organisation militaire de quelques camps, qui facilitait par ailleurs la mise en pratique des règles générales d'hygiène, ne pouvait permettre toujours à notre médecin de s'immiscer entièrement à la vie du camp.

Au reste, la Mission militaire soviétique à Paris, avec les représentants de laquelle nous tenions périodiquement conférence, nous a aidé largement à résoudre ces questions.

b) *Les camps polonais* se distinguent à différents points de vue des camps russes. Les revers militaires, les exodes successifs, certaines conditions politiques qui ne laissent entrevoir qu'un rapatriement lointain ont profondément marqué la psychologie de ces réfugiés. On conçoit qu'un peuple si éprouvé ait pu opposer parfois une certaine indifférence aux consignes sanitaires qui leur étaient données par nos médecins.

c) *Les Hollandais*, par contre, ont gardé le souvenir de leur opulence d'autrefois et se sont efforcés de réaliser dans leur camp un maximum de confort et d'hygiène qui nous déchargeait de tout souci de cet ordre.

d) *Les Yougoslaves*, enfin, moins nombreux que les précédents ont toujours apporté aux problèmes sanitaires une compréhension parfaite et nos médecins ont pu utiliser avec beaucoup de profit leur personnel infirmier particulièrement qualifié.

Ces quatre nationalités englobent la presque totalité des étrangers actuellement regroupés en France. Signalons, toutefois, la présence dans la 6^e région militaire d'un camp d'Italiens, ceux-ci étant considérés par les autorités américaines comme « Displaced persons ». Sur le reste du territoire, ils sont reconnus comme prisonniers de guerre de l'Axe, et partant, placés sous l'autorité du Ministère de la Guerre. Cette énumération serait incomplète si nous ne mentionnions les quelques centaines de ressortissants de vingt et une nations parmi lesquelles il faut citer : Tchèques, Bulgares, Sud-Américains. Ceux-ci sont groupés dans des camps de nationalité mixte.

Ce rapide aperçu ne donne qu'une faible idée du caractère très spécial de chacun de ces peuples. Les conditions de leur longue captivité, et cette sorte de « choc moral » qu'ils subirent au moment de leur libération sont autant de facteurs avec lesquels nos médecins durent compter. Les souffrances, ou le souvenir d'une vie aisée ont modifié le caractère des individus. Souvent insatisfaits et volontiers revendeurs, ils semblaient être oublieux des difficultés innombrables au milieu desquelles nous nous débattions nous-mêmes.

II. — La situation géographique et les caractéristiques essentielles des différents camps.

A côté de ces conditions psychologiques, linguistiques, ethniques, culturelles, qui donnent à chaque camp sa note si spéciale, il convient d'insister sur les difficultés inhérentes à l'extrême dispersion géographique de ces Centres de rassemblement d'étrangers.

En prenant connaissance du tableau des centres d'hébergement ouverts à la date du 10 mai 1945, on comprendra à quel point l'éloignement de la plupart de ces camps de tout grand centre urbain, à un moment où les communications ferroviaires et routières étaient si ardues, les liaisons téléphoniques et télégraphiques irrégulières, a alourdi les responsabilités et la tâche de l'échelon central, retardé l'acheminement du personnel médical et infirmier, le transport des médicaments, la diffusion des consignes sanitaires, gêné l'action de chaque médecin. On remarquera aussi le nombre souvent considérable des femmes et des enfants hébergés dans ces camps (1).

(1) L'état nominal et numérique de ces camps a été dressé à la date du 10 mai 1945.

Tableau des Centres d'hébergement

Camps	Nationalité	Effectifs				Total
		Hommes	Femmes	Enfants		
				— 6	6 à 14	
II^e RÉGION MILITAIRE						
Saint-Quentin						
Boutillierie (Somme).....	Russes	1.031	112	3	18	1.164
Fouilloy (Somme).....	Russes	251	39	4		294
Mézières-Charleville (Ard.).....	Polonais	196	190	86	116	582
III^e RÉGION MILITAIRE						
Rouen						
Querqueville (Manche).....	Russes	428				428
IV^e RÉGION MILITAIRE						
Angers						
Château de Serrant (M.-et-L.)....	Russes	148	257	17	42	466
La Poitevinière (I.-et-L.).....	Russes	302	18	1		321
Perrusson (I.-et-L.).....	Hollandais	240				240
Genillé (I.-et-L.).....	Hollandais	544				544
V^e RÉGION MILITAIRE						
Orléans						
Beaune-la-Rolande (Loiret).....	Hollandais	904	1			905
Châteaufort (Cher).....	Russes	1.061	77	5	7	1.150
Châteauneuf-sur-Cher (Cher).....	Yougoslaves	166	173	71	100	510
Château de Morville (E.-et-L.)....	Russes				150	150
La Ferté-Saint-Aubin (Loiret)....	Polonais	180	226	101	98	605
VI^e RÉGION MILITAIRE						
Châlons-sur-Marne						
Ay (Marne).....	Russes	500	245		43	788
Epernay (Marne).....	Pol. et Youg.	850	40	4	6	900
Connantre (Marne).....	Pol. et Youg.	490	508	154	160	1.312
Vadenay (Marne).....	Russes					2.500
Cernon (Marne).....	Hollandais					transit
Piémont-Suippes (Marne).....	Italiens					transit
Sermaize-les-Bains (Marne).....						transit
Etrepuy (Marne).....	Hol. et Russes					transit
Mutigny (Marne).....	Yougoslaves	119	9	1	1	130
Bourbonne-les-Bains (Hte-Marne).	Russes	602	502	69	102	1.275
Chaumont (Haute-Marne).....	Polonais	663	443	100	234	1.440
VIII^e RÉGION MILITAIRE						
Dijon						
Decize (Nièvre).....	Pol. et divers	191	268	106	137	702
Saint-Honoré-les-Bains (Nièvre)..	Hollandais	124	21	2	2	149
Fort-des-Justices (Doubs).....	Divers					10

Camps	Nationalité	Effectifs				
		Hommes	Femmes	Enfants		Total
				— 6	6 à 14	
IX ^e RÉGION MILITAIRE						
Poitiers						
Le Bassau (Charente).....	Russes	2.566	1.017	33	109	3.725
Lusignan (Vienne).....	Polonais	86				86
XI ^e RÉGION MILITAIRE						
Rennes						
Saint-Brieuc I (C.-du-N.).....	Polonais	128	237	58	87	510
Saint-Brieuc II (C.-du-N.).....	Polonais	190	230	94	123	637
Saint-Médard-sur-Ille (I.-et-V.)...	Pol. et divers	203	204	116	132	666
XII ^e RÉGION MILITAIRE						
Limoges						
Casseneuil (L.-et-G.).....	Russes	1.387	60	3		1.450
Cressse (Dordogne).....	Russes	690	527	11	2	1.230
La Courtine (Creuse).....	Russes	2.027	994	97		3.118
Saint-Germain-les-Belles (Hte-V.)..	Polonais	57	84	37	44	222
XIII ^e RÉGION MILITAIRE						
Clermont-Ferrand						
Bourg-Lastic (P.-de-D.).....	Russes	737	801	41	29	1.608
Châtel-Guyon (P.-de-D.).....	Tchèques					100
Courpière (P.-de-D.).....	Russes	938	132	30		1.100
La Bourboule (P.-de-D.).....	Anglo-Saxons					412
Le Puy (Haute-Loire).....	Russes	993	36		1	1.030
Theix (P.-de-D.).....	Russes	483	193	12	19	707
XIV ^e RÉGION MILITAIRE						
Lyon						
Chomerac (Ardèche).....	Yougoslaves	206				206
XV ^e RÉGION MILITAIRE						
Marseille						
Brignoles (Var).....	Russes	500	49	10	11	570
Marseille-Mazargues (B.-du-R.)...	Yougoslaves	340				340
Laudun-l'Ardoise (Gard).....	Russes	1.131	110	7	9	1.257
XVI ^e RÉGION MILITAIRE						
Montpellier						
Mende (Lozère).....	Russes	413	87	12	23	535
Banassac (Lozère).....	Russes	494	34		4	532
Couiza (Aude).....	Russes	143	268	17	28	456
XVII ^e RÉGION MILITAIRE						
Toulouse						
Bordelongue (Haute-Garonne)....	Russes					700
Caylus (Tarn-et-Garonne).....	Russes	212	203	53	57	525
L'Isle-sur-Tarn (Tarn).....	Russes	113	171	7		291
La Planète (Gers).....	Russes	55	98	16		169

Camps	Nationalité	Effectifs				
		Hommes	Femmes	Enfants		Total
				— 6	6 à 14	
Mauvezin (Gers).....	Polonais					900
Montestruc (Gers).....	Russes	114	118	30	39	301
XVIII^e RÉGION MILITAIRE						
Bordeaux						
Gajac (Gironde).....	Russes	807	313	50	30	1.200
XX^e RÉGION MILITAIRE						
Nancy						
Darney (Vosges).....	Divers	32	11	2		45
Toul (M.-et-M.).....	Divers	184	75	27		286
* XXI^e RÉGION MILITAIRE						
Metz						
Metz (Moselle).....	Divers	127	70	29		226
XXII^e RÉGION MILITAIRE						
Paris						
Centre de transit rue Leroux.....	Divers	779	256	10	9	1.054
Centre de transit Courbevoie	Hol. et divers					transit
Centre de transit Puteaux.....	Polonais					transit
Hôpital Cité Universitaire.....	Russes	230	65			295
Beauregard (S.-et-Oise).....	Russes	2.450	414	37	8	2.909
Château de Baillet (S.-et-O.).....	Russes	280	111	2	32	425
Pontoise (S.-et-O.).....	Russes					
Meaux (S.-et-M.).....	Russes	1.567	141	10	3	1.721
Provins (S.-et-M.).....	Russes	544	167	7		718
Sanatorium de Villevaudé (S.-et-M.)	Russes					85 lits

Le tableau que l'on vient de lire, ne rend pas compte des modifications incessantes qui se sont produites depuis la création de notre service. Il correspond à la période la plus active que nous ayons connue.

En effet, au début de notre fonctionnement une vingtaine de camps seulement furent soumis à notre gestion sanitaire. Puis le Ministère des Prisonniers de Guerre, Déportés et Réfugiés prenant progressivement en charge les réfugiés étrangers regroupés sur notre territoire, le nombre des camps s'est accru sans cesse, et les effectifs de certains camps ont pris de façon rapide une importance parfois surprenante.

En définitive, quelques milliers de sujets soviétiques restèrent à la charge du Ministère de la Guerre. D'autres éléments soviétiques, stationnés en Bretagne, sont sous gestion américaine. Disons encore que quelques milliers de polonais, utilisés comme travailleurs agricoles et rassemblés dans la région de Mézières-Charleville, sont sous l'autorité du Ministère du Travail et de l'Agriculture. Il n'en reste pas moins que notre Service de Santé finit par s'occuper de la presque totalité des étrangers qui avaient été déportés en France et de tous ceux qui y ont été transités au titre des opérations de rapatriement.

Il a été placé à de nombreuses reprises devant des situations de fait ou des exigences dont la nature était à même de désorganiser son action :

— Il en fut ainsi des évacuations de plusieurs camps, décidées en décembre 1944 par les autorités américaines. Leur situation, pour la plupart, au nord de la Seine risquait de présenter un danger épidémiologique sur les arrières des armées combattantes, alors que s'amorçait un mouvement de repli des forces alliées en Belgique et au Luxembourg.

Les populations des camps d'Abbeville, Laon, Liancourt, Compiègne, Chaumont, Senlis, Châlons-sur-Marne, Troyes, Joigny et Sens furent évacuées, souvent en quelques heures et sans préavis, vers des régions situées au sud de la Loire, ce qui a singulièrement compliqué notre tâche. Nos médecins ont convoyé les trains d'évacuation jusqu'à leur destination après avoir pris toutes les mesures utiles pour faire hospitaliser les malades et faire suivre le matériel sanitaire.

— Plus tard, les autorités américaines dirigèrent inopinément vers la France des convois entiers de réfugiés étrangers, principalement des Russes récemment libérés par les premiers combats en territoire allemand. Ils furent convoyés par les médecins de la Mission militaire du rapatriement affectés auprès des armées alliées et furent conduits pour la plus grande partie dans des camps de transit installés en toute hâte dans la sixième région militaire, avec l'aide matérielle des Américains. On devine les difficultés devant lesquelles nos méde-

cins se sont trouvés pour assurer les soins à d'énormes effectifs, comprenant une forte proportion de malades, d'individus parasités, de sujets fatigués par un voyage long et pénible, de femmes enceintes, de nombreux enfants et nouveau-nés.

— Enfin, avec l'effondrement de l'Allemagne s'est dessiné un nouvel afflux massif de réfugiés étrangers, dont les Hollandais constituent la plus grande portion.

Le transit à travers la France d'étrangers en provenance de régions où le typhus exanthématique sévit à l'état endémique ou épidémique nous a incité à redoubler de vigilance et à dresser une barrière sanitaire capable d'éviter à la population civile française les méfaits qui pourraient résulter de ce brassage de populations sur notre sol.

III. — L'organisation du Service de Santé des camps d'étrangers.

Le décret ministériel portant création des « Missions militaires françaises de rapatriement » en novembre 1944 marque en particulier l'origine du Service de Santé du rapatriement et le problème sanitaire des réfugiés étrangers fut d'emblée, une réalité. La direction du Service de Santé des camps d'étrangers fut créée et représentée par son chef de service, médecin-commandant, et ses deux adjoints, médecins-lieutenants.

L'organisation qu'elle allait mettre sur pied se fit pas à pas, en lutte à des difficultés innombrables, soutenue matériellement par des services eux-mêmes à l'état naissant, dépourvus des moyens élémentaires. Et pourtant elle devait exercer aussitôt son influence en des lieux très dispersés du territoire, avec lesquels les communications étaient presque inexistantes.

Des équipes médicales, détachées du « Groupe médical de secours », vinrent se placer sous notre direction pour assumer les tâches les plus urgentes. Ainsi un premier contact était pris avec les populations étrangères par de jeunes étudiants en médecine, qui avaient déjà apporté au cours de la bataille de France une aide si efficace et généreuse aux populations sinistrées.

Il fallut attendre plusieurs semaines avant de pouvoir procéder au remplacement de ces équipes de secours, parties dans l'inconnue complète donner leurs soins dans les premiers camps constitués, parfois sans le moindre matériel et devant exploiter au maximum les faibles ressources locales. Les médecins et étudiants en médecine venus s'engager à la Mission française du rapatriement, les ont relevés une à une.

Mais l'accroissement constant du nombre des camps se faisant parallèlement à la mise en place du vaste cordon sanitaire des Centres d'Accueil frontaliers en prévision du rapatriement général, une grave crise de personnel médical a fortement contrarié nos activités. C'est alors que le Ministère de la Guerre, procédant à la mobilisation des médecins des classes 1930 à 1940, a pu mettre à la disposition du Ministère des Prisonniers, Déportés et Réfugiés de nombreux effectifs dont une partie a été remise au Service de Santé des camps d'étrangers. Ainsi, au mois de mai 1945, cent cinquante médecins ayant tous grade de lieutenant ou sous-lieutenant à l'exception de quelques très

rares médecins auxiliaires, contribuèrent à la tâche immense qui nous fut assignée.

Ils relèvent tous de la Direction du Service de Santé des camps d'étrangers, à l'échelon central, et dans le cadre régional ils sont soumis au contrôle des médecins-chefs régionaux du rapatriement. Ceux-ci sont nommés par la Direction du Service de Santé du rapatriement et chargés de toutes les questions sanitaires du rapatriement dans chaque grande région administrative ; ils doivent veiller entre autre chose au bon fonctionnement du Service de Santé dans les camps d'étrangers de leur région.

Tout médecin nouvellement affecté reçoit à la Direction du Service de Santé des camps d'étrangers, avant son départ, les instructions qui lui permettront d'accomplir avec précision sa tâche, lui rappelleront toutes les questions fondamentales qui pourront se poser à lui et auxquelles il devra apporter une solution. Un exemplaire des questionnaires, dont nous donnons plus loin copie, lui est remis.

Une fois en place le médecin de chaque camp doit établir un rapport sanitaire bi-mensuel, à l'adresse de la Direction du Service de Santé des camps d'étrangers, et conçu dans l'esprit des questionnaires qui sont distribués. Il doit lui envoyer ses commandes de matériel sanitaire et médicaments, lui faire ses demandes de personnel médical adjoint ou médico-social s'il en est besoin, lui exposer les questions relevant de la discipline des étrangers dans le camp qui peuvent constituer une entrave à son travail ou à la marche du camp.

Copies de ces rapports sanitaires et des demandes de médicaments doivent être communiquées, à titre d'information, au médecin-chef régional. Les médecins des camps lui adressent aussi les doléances qui risquent de trouver à l'échelon régional leur solution.

Enfin, vu l'importance qu'a pris rapidement notre Service, il s'est avéré nécessaire à la fin du mois de mars, de renforcer la Direction du Service de Santé des camps d'étrangers par la nomination de « médecins agents de liaison ». Multipliant les contacts avec les camps, ils y effectuent des inspections sanitaires, apportent leurs suggestions pour l'amélioration du service sanitaire du camp chaque fois que cela est nécessaire, déposent les médicaments qui ont été précédemment commandés. Des circuits de 1.500 à 2.00 km. sont ainsi couverts en quelques jours qui permettent de régler dans un temps restreint d'innombrables questions, et d'approvisionner simultanément les infirmeries.

Enfin, chaque fois que la Direction du Service de Santé des camps d'étrangers fut saisie d'un problème urgent, tel le danger d'éclosion d'une épidémie ou de graves manquements à l'hygiène générale, qui lui faisait encourir d'importantes responsabilités, elle put se rendre sur place pour prendre les mesures qui s'imposaient.

QUESTIONNAIRE N° 1.

Renseignements généraux.

- 1° Commune où siège le centre :
- 2° Nature du ou des bâtiments utilisés :
- 3° Effectif total du centre :
- 4° Dénombrement par nationalité :
- 5° Hommes (total) :
Femmes (total) :
Enfants (total) :
Ménages :
Enfants sans leurs parents :
- 6° Direction étrangère du centre :
- 7° Direction française du centre :
- 8° Interprètes :
- 9° Tenue générale du centre et discipline :
- 10° Service médical :
- 11° Possibilités de logement pour l'installation d'un service médical :
- 12° Remarques particulières.

QUESTIONNAIRE N° 2.

Renseignements sanitaires.

- 1° Impression générale sur l'état sanitaire :
- 2° Cas de tuberculose certains :
— — — douteux :
- 3° Maladies vénériennes :
- 4° Parasitoses :
- 5° Autres maladies contagieuses :
- 6° Femmes enceintes :
- 7° Infirmerie du camp

{	salle d'attente :
	salle de visite :
	salle de pansement :
- 8° Moyens d'hospitalisation dans les camps des malades légers :
- 9° Moyens d'hospitalisation hors du camp, dans les formations situées au voisinage, pour les malades graves, les tuberculeux, les vénériens contagieux, éventuellement les parturientes :
- 10° Moyens d'isolement en cas d'épidémies à prévoir :
- 11° Possibilités de faire donner par des spécialistes du voisinage les soins dentaires, oculistiques, oto-rhino-laryngologiques :

12° Approvisionnements actuels en médicaments et matériel sanitaire et en médicaments :

13° Possibilités locales de renouvellement en matériel sanitaire :

14° Les repas normaux :

Les régimes de malades :

Les régimes de nourrissons :

15° Etat des cuisines :

16° Etat des réfectoires :

17° Approvisionnement en eau :

18° Les latrines :

19° Evacuation et destruction des ordures :

20° Installation des douches et épouillage :

21° Les conditions d'hébergement au point de vue sanitaire :

22° Personnel médical et infirmier actuel : son logement, ses besoins :

23° Besoins éventuels de renfort, médecins, service social, infirmières Croix-Rouge, équipes de secouristes Croix-Rouge :

24° Possibilités de logement pour ces renforts :

25° Etat de liaison (inspecteur de la Santé publique à la préfecture, directeur du Bureau d'Hygiène de la localité, directeur de la Croix-Rouge, représentant du Secours social, autorités militaires locales, autorités civiles locales) :

26° Remarques particulières :

IV. — La place du médecin dans la mission militaire française de rapatriement qui encadre chaque camp.

Chaque centre d'étrangers est placé sous un double commandement : *étranger* qui règle les questions de discipline intérieure propres à chaque camp et *français*, comprenant le personnel administratif, médical et médico-social qui constitue « la Mission militaire française de rapatriement »

Le commandement étranger s'exerce, tantôt militairement, comme c'est le cas pour les Russes (la Mission militaire soviétique à Paris désignant des officiers responsables dans chaque camp), tantôt par l'intermédiaire de représentants d'organismes accrédités à cet effet : Croix-Rouge polonaise, Mission de rapatriement néerlandaise ou tchécoslovaque.

Dans le cadre de la Mission française le médecin occupe une place prépondérante, en qualité de seul responsable de toutes les questions sanitaires et d'hygiène du centre. Il est placé sous les ordres du capitaine, directeur de centre, pour les questions administratives et disciplinaires, mais les décisions d'ordre médical qu'il est amené à prendre doivent être exécutées par le personnel administratif de la mission chaque fois qu'il requiert son concours. Ce personnel administratif, quel est-il à côté du capitaine chef de centre ? :

Habituellement un lieutenant adjoint au directeur de centre ; un ou plusieurs officiers d'administration (sous-lieutenants) : économe, intendant ; enfin, un interprète.

Le rôle de l'interprète fut souvent précieux pour le médecin, présidant à l'interrogatoire des malades et assurant les liaisons indispensables avec les populations pour les consignes générales que le médecin est appelé à faire respecter.

Enfin, au médecin est adjoint une équipe médico-sociale qui est placée directement sous ses ordres et le seconde dans sa tâche.

Quelle devait être l'importance numérique de l'équipe sanitaire dans chaque camp ?

Il apparut dès le début de notre expérience que la présence d'un seul médecin pour un effectif moyen de mille personnes était suffisante, pourvu qu'il fût assisté d'une infirmière et d'une assistante sociale diplômées. La première s'occuperait plus particulièrement des pansements, piqûres et tenue des registres d'infirmerie. La seconde apporterait ses soins aux femmes enceintes, aux enfants et aux nour-

rissons; organiserait le « goûter des mères », s'occuperait de l'attribution du lait et des régimes spéciaux et collecterait les layettes et les vêtements nécessaires.

Dans les centres particulièrement importants la nomination de plusieurs médecins s'imposait, à raison d'un médecin-adjoint par tranche de mille supérieure, ainsi que le renforcement de l'équipe médico-social par la nomination d'une ou plusieurs infirmières ou secouristes.

Dans les centres à gros effectifs on put également procéder à l'affectation d'un dentiste pour assurer les soins, obturations et extractions, à de très nombreux sujets restés sans soins dentaires depuis des années.

En fait, le barrême dont nous faisons état est forcément trop théorique, surtout si l'on tient compte du rôle que peuvent jouer les médecins et le personnel infirmier étrangers qui se trouvent fréquemment mêlés à la population que le centre héberge.

Ces médecins étrangers se sont montrés souvent très compétents, habitués nécessairement aux usages de leurs compatriotes et le médecin français a fréquemment avantage à se décharger sur eux d'une partie du travail médical.

Il existe, en outre, dans les camps soviétiques, un type médical particulier : le « Felscher » qui serait l'équivalent de notre ancien officier de santé et dont la durée des études médicales est de deux à trois ans. Le Felscher ne peut prétendre aux prérogatives du médecin, mais peut traiter les malades légers et dépister les malades graves pour lesquels il fait appel au médecin lui-même.

Enfin, le concours d'un personnel infirmier étranger parfois très nombreux a pu être extrêmement utile.

Quelle que soit la part prise par le personnel étranger dans la tâche commune, il restait indispensable que notre médecin continuât d'exercer toujours un contrôle sur le travail ainsi effectué. Ce point de vue ne fut pas toujours accepté sans réserve et dans ces conditions on imagine le doigté et la diplomatie que notre médecin a dû déployer pour conserver son autorité. Le contrôle et la distribution des médicaments furent en outre parfois délicats à réaliser dans les camps où les médecins étrangers procédaient à des prescriptions thérapeutiques.

Ainsi située la place du médecin parmi les membres de la Mission, on conçoit qu'il ait été amené à y jouer un rôle de premier plan où il lui était demandé de faire preuve à la fois de hautes qualités professionnelles, d'autorité, en même temps que d'un large esprit d'équipe

V. — La tâche du médecin dans les camps d'étrangers.

1° L'infirmier.

Le premier soin du médecin, à son arrivée dans un camp d'étrangers est de rechercher les possibilités d'installation d'une infirmerie où il pourra procéder, d'une part à l'examen et au traitement des malades qui se sont faits inscrire pour la visite médicale; d'autre part, à l'examen systématique de tous les nouveaux arrivés au camp dans l'intention d'établir, si possible, une fiche de santé et de dépister plus spécialement les sujets parasités, les individus suspects de tuberculose et les vénériens. Enfin, il fallait prévoir l'hébergement de malades légers ou l'isolement des contagieux.

Sans doute, la Direction du Service de Santé des camps d'étrangers avait-elle imaginé et proposé un modèle d'infirmier comprenant au moins quatre pièces :

- Une *salle d'attente*, suffisante pour recevoir environ 3% de l'effectif du camp;
- Une *salle de consultation* dans laquelle se tient le médecin et ses aides;
- Une *salle de pansements* dans laquelle le personnel infirmier effectue les pansements, soins et piqûres;
- Une *pièce où le personnel médical a, seul, accès* et destinée à mettre sous clef les médicaments les plus précieux et surtout les toxiques du tableau B.

A ces quatre pièces, il fallait, en outre, ajouter *deux chambrées*, ou bien une *chambrée* offrant la possibilité de séparation en deux parties : l'une réservée aux hommes, l'autre aux femmes et enfants, où l'on pourrait disposer un nombre de lits suffisants pour héberger les malades légers (environ 3% de l'effectif).

En fait, les difficultés rencontrées pour la réalisation d'un tel plan furent souvent très grandes et cela pour deux raisons essentielles :

Tout d'abord, la diversité extrême dans la nature des locaux destinés à héberger ces populations :

- ici de vastes baraques en bois ou en pierre (antérieurement utilisées par les « camps de jeunesse » ou par l'organisation Todt), ou même de construction récente;

- là un vieux château, un ancien couvent, un ancien collège, les bâtiments d'une ferme, ou même un ensemble de tentes ;
- ailleurs, les bâtiments d'une caserne ou d'un camp militaire.

Ensuite, l'impossibilité fréquente de consacrer à l'infirmierie les locaux pourtant indispensables, devant le problème souvent plus angoissant encore de l'hébergement proprement dit.

Néanmoins, nombre de camps ont pu se vanter d'avoir une infirmierie modèle : c'est le cas, en particulier, de centres spacieux où le médecin put, assez facilement, étendre son domaine ; c'est encore le cas de centres installés dans des casernes, ou d'anciens camps allemands.

Dans d'autres camps, sous des aspects très variés, les réalisations furent cependant très honorables et justement adaptées aux besoins.

Les installations par trop sommaires restèrent heureusement cas d'exception et le plus souvent n'eurent qu'un caractère provisoire.

Ces résultats ont été obtenus par des efforts que l'on ne soupçonne souvent pas. Ils sont l'œuvre du médecin, mais aussi marquent la compréhension avec laquelle les directeurs de Centres ont donné leur appui.

L'admission de malades à l'infirmierie ne peut concerner que les malades atteints d'affections bénignes dont la durée d'évolution n'excéderait pas quinze jours. Elle intéresse aussi les sujets dits contagieux, avant qu'on puisse procéder à l'hospitalisation, et les porteurs de germes. Pour l'isolement des contagieux d'ailleurs, en cas d'épidémie, il était utile de prévoir, en outre, un bâtiment ou une baraque situés à l'écart des bâtiments principaux d'hébergement.

Toute maladie grave ou suspecte de comporter une longue évolution doit faire l'objet par contre de mesures d'hospitalisation dans les formations hospitalières les plus voisines du centre. Nous reviendrons plus tard sur cette question.

Précisons enfin qu'une comptabilité aussi précise que possible doit être tenue par le personnel infirmier français ou étranger, concernant :

- le registre des visites ;
- les dates d'entrée et sortie de l'infirmierie avec diagnostics ;
- les dates d'entrée et sortie des malades admis à l'hôpital et les diagnostics.

° 2^e Les mesures d'hygiène générale.

La surveillance médicale de populations nombreuses appelées à vivre en collectivité allait amener les médecins des camps à prendre de rigoureuses mesures d'hygiène générale.

Ces mesures s'imposèrent avec une acuité toute particulière au

moment de la création de nos camps. A la vue des sujets qui sont venus les peupler, affaiblis, souvent malades, presque toujours parasités, pour la plupart sans linge de rechange et emportant avec eux des paquetages nombreux et hétéroclites, nous entrevoyions du même coup l'effort qu'il nous faudrait accomplir. Il fallut entreprendre un large dépistage auprès de ces populations, appliquer des mesures de prophylaxie individuelle, veiller à ce que les consignes d'hygiène soient exécutées sans relâche.

En dehors des *mesures purement médicales* que nous développerons longuement dans le second chapitre de notre ouvrage, mais on doit faire état ici même :

- mesures de désinsection,
- examen systématique aussi précoce que possible pour le dépistage de la tuberculose et des maladies vénériennes,
- vaccinations antivarioliques, antityphoparatyphoïdiques et, dans certains cas, vaccinations anti-rickettsies,

de nombreuses *mesures para-médicales* devaient faire l'objet de soins attentifs de la part du médecin.

a) *La question de l'eau* était sans doute l'une des plus urgentes à régler ; elle fut parfois très angoissante.

Dans plusieurs cas, en effet, il n'a pas été possible en raison de la situation et de l'éloignement du centre d'hébergement d'y amener les canalisations d'eau courante de la ville. Il fallut, soit utiliser l'eau des puits environnants, soit comme à Laudun-l'Ardoise faire parvenir l'eau par camions-citernes.

Dans les deux solutions, on était exposé à de nombreux dangers :

- utiliser une eau n'offrant pas une sécurité absolue, en effet, malgré des prélèvements effectués par les soins du Bureau d'Hygiène départemental, on pouvait toujours redouter des variations dans sa qualité surtout à l'approche de la chaleur et de la sécheresse,
- en outre, danger d'une limitation de l'approvisionnement de l'eau compromettant dans une certaine mesure la propreté corporelle et l'hygiène des réfugiés,
- enfin, en l'absence d'installation d'écoulement des eaux, apparaissait le danger des eaux stagnantes, source d'infection par les moustiques. Il faut veiller à l'assèchement de toutes les flaques qui pourraient ainsi exister.

b) *L'installation des douches* put être réalisée dans la grande majorité des camps d'étrangers, et même dans des centres sans eau courante, grâce à la manipulation d'une pompe à eau.

L'utilisation des douches reçut un accueil variable des populations, mais il faut reconnaître que dans l'ensemble, après une sorte de période d'hésitation, des habitudes d'hygiène corporelle convenables ont été adoptées. Les appareils de douches utilisés (environ une pompe pour 50 personnes) ont permis presque partout un passage hebdomadaire ou au moins bi-mensuel.

c) *L'hygiène des locaux* doit faire partie des préoccupations du médecin. Il a le devoir de vérifier si les locaux et principalement les dortoirs sont dans un état suffisant de propreté. Il doit aussi veiller à ce que la densité de population ne soit pas trop considérable et que le cubage d'air soit suffisant.

d) Un point mérite une mention spéciale : *la surveillance des cuisines et des repas.*

Veiller à la propreté des cuisines, au lavage des légumes, à la vérification des denrées.

Exiger, chaque fois que le camp est alimenté par l'eau courante, que l'adduction de l'eau s'opère jusqu'à l'intérieur des cuisines.

La préparation des repas est exécutée par du personnel étranger, les goûts culinaires de ces peuples étant souvent très éloignés des nôtres.

Quant aux rations alimentaires, elles sont fournies, soit par l'Intendance militaire pour les sujets soviétiques, soit par les Services du Ravitaillement général pour les autres ressortissants. Les étrangers, à l'exception des Russes, ont la ration française avec certaines améliorations.

Un régime très particulier est offert aux sujets soviétiques, hommes femmes et enfants, qui bénéficient des rations militaires n° 2 de l'Intendance, soit :

Pain.....	450 gr.
Viande.....	140 —
Matière grasse.....	20 —
Sucre.....	25 —
Café.....	15 —
Sel.....	20 —
Pommes de terre.....	350 —
Pâtes.....	40 —
Légumes secs.....	25 —
Chocolat.....	5 —
Confiture.....	15 —
Fromage.....	20 —
Vin.....	0 l. 50

Cette ration représente un apport de 2.320 calories, régime de faveur comme on voit comparativement aux rations civiles françaises qui représentent un apport de 900 à 1.200 calories.

Des régimes spéciaux sont destinés aux femmes enceintes et aux nourrissons.

La création de réfectoires apparaissait indispensable. En pratique, ils ne purent que très rarement être organisés, l'habitude de prendre les repas par petits groupes dans les chambres ayant été prise par la plupart des réfugiés étrangers.

e) Il fallut enfin interdire très sévèrement que les *détritus et déchets* divers soient jetés en dehors des lieux spécialement réservés à cet usage. La dispersion des immondices aurait pu constituer un danger sérieux par la pullulation d'insectes propagateurs d'épidémie qui en aurait résulté.

Partout où l'enlèvement des ordures par les services municipaux ne put s'effectuer, nous avons conseillé l'enfouissement ou mieux encore la combustion des ordures dans un four à combustion lente, en briques, de 2 m. de haut et 1 m. 75 de large, facile à construire. Il comprend de bas en haut :

- un orifice d'aération,
- immédiatement au-dessus de celui-ci une grille sur laquelle on dépose bois et charbon destinés à amorcer la combustion et introduits par une porte simple,
- à la partie supérieure une double porte de chargement où l'on introduira ordures et détritus,
- le four est enfin surmonté d'une courte cheminée de 40 cm. de haut et 50 cm. de large.

L'entretien d'un tel four nécessite très peu de combustible, seulement un peu de bois pour le premier allumage, le feu continuant à s'entretenir de lui-même par la suite, à mesure que les ordures sont jetées dans l'orifice de chargement.

f) Enfin il est un dernier problème d'une importance capitale : celui des *lieux d'aisance*.

Au début du fonctionnement des camps d'étrangers, c'est sans doute la question qui revint le plus souvent dans les rapports sanitaires et celle qui fit l'objet des plus vives critiques.

Les difficultés majeures ont été rencontrées dans les centres installés dans des casernes (Meaux, Provins, Pontoise) où les latrines se sont montrées toujours en nombre insuffisant et rudimentaires. Il fallut exiger des Services du Génie la construction de fosses septiques.

Toutes les fois que l'installation des latrines s'avéra insuffisante pour l'effectif réuni dans le centre, on les compléta ou remplaça par des feuillées. Celles-ci doivent être tenues à l'écart des locaux d'habi-

tation, protégées par un écran construit en planches ou en branchages ; l'abond des feuillées doit être tenu dans un état de propreté parfait et à l'abri de l'humidité ; elles doivent être périodiquement désinfectées au chlorure de chaux ou à défaut avec de la chaux vive ou du sulfate de fer et, lorsqu'on le juge utile, comblées et remplacées par de nouvelles tranchées.

Les efforts de chacun ont abouti finalement à améliorer considérablement les conditions d'hygiène dans les camps. Des corvées ont pu être désignées pour assurer l'entretien des latrines, le nettoyage et la désinfection des locaux, l'évacuation des ordures.

Ainsi les camps reflétèrent-ils progressivement dans l'ensemble un aspect de propreté et d'ordre.

3° Approvisionnement en matériel sanitaire et médicaments.

Avant que le service des approvisionnements de la Direction du Service de Santé du rapatriement put entièrement faire face à toutes les demandes de matériel d'infirmerie et de médicaments émanant des médecins des centres d'étrangers, il fallut, au début de notre fonctionnement, préconiser au maximum une décentralisation. Les faibles moyens que nous avions alors à notre disposition et les lenteurs vraiment navrantes de l'acheminement nous ont amené dans une première période à demander à nos médecins d'épuiser autant que possible les ressources locales.

Cette situation qui ne pouvait être que très provisoire prit fin lorsque le service des approvisionnements eut à sa disposition les « sous-unités collectives ». Chaque sous-unité constituait une dotation de base qui permettait de faire face aux premiers besoins de l'infirmerie.

Elle consistait en trois paniers : un panier de médicaments, un panier de pansements et un panier de matériel chirurgical. De contenu assez inégal, les sous-unités collectives qui renfermaient un certain nombre de produits de toute origine récupérés par les Américains, ne pouvaient prétendre à être parfaites, mais elles rendirent d'énormes services à un moment où se faisait ressentir sur tout le territoire la pauvreté en produits pharmaceutiques.

Il restait au médecin de chaque camp de les compléter soit en adressant à la Direction du Service de Santé des commandes détaillées et numériques, soit en procédant encore à quelques achats locaux dans les cas les plus urgents.

Il appartenait aux médecins de demander le renouvellement des paniers de pansements et médicaments, dès qu'ils le jugeaient utile.

*Tableau récapitulatif des paniers et dotations de base
adressés dans les centres d'étrangers de janvier à mai.*

Mois	Nombre de paniers délivrés			Nombre de dotations de base (pour 1.000 personnes)
	Médicaments	Pansements	Chirurgie	
Janvier.....	49	51	50	
Février.....	16	16	16	
Mars.....	84	30	30	
Avril.....	11	11	11	13
1 ^{er} -15 mai...				12

Enfin, à partir du mois d'avril 1945, le service des approvisionnements fut en mesure de constituer des dotations de base pour 1.000 personnes. On en lira la composition, beaucoup mieux adaptée aux besoins des camps que ne l'étaient les sous-unités collectives :

DOTATION DE BASE POUR UN CAMP D'ÉTRANGERS
(1.000 personnes)

I. — Ampoules.

Adrénaline.....	20
Caféine.....	50
Camphre soluble.....	300
Ergotine.....	50
Morphine.....	20
Novarsénobenzol, 24 séries de.....	5
Novocaïne.....	25
Novocaïne-adrénaline.....	50
Sulfate de spartéine.....	50

II. — Usage interne. Usage externe.

Acide acétique.....	0 kgr. 125
Alcool à 95°.....	1 litre
— dénaturé.....	1 litre
Dalibour en comprimés.....	0 kgr. 050
Aspirine en comprimés.....	3 kgr.
Azotate d'argent sol. à 1 %.....	0 kgr. 050
Belladone teinture.....	0 kgr. 200

Bleu de méthylène.....	0 kgr. 100
Bismuth (carbonate de).....	0 kgr. 250
Calomel en comprimés à 0,05.....	0 kgr. 125
Calomel en poudre.....	0 kgr. 125
Charbon en comprimés à 0,05.....	0 kgr. 250
Chlorure de chaux.....	75 kgr.
Crayons nitrate d'argent.....	5
Crésyl en bidons.....	25 kgr.
Dakin (liqueur de).....	3 litres
Digitale (tablettes) 0,05.....	100
Eau blanche.....	3 litres
Essence d'eucalyptus.....	0 kgr. 060
Ether.....	1 litre
Fleurs pectorales.....	0 kgr. 100
Formol boraté.....	1 bidon
Gardénal en comprimés.....	500
Kaolin lavé.....	0 kgr. 250
Liqueur de Fehling.....	0 kgr. 250
Mercurochrome solution 2 %.....	2 litres
— en vrac.....	0 kgr. 050
Onguent gris.....	0 kgr. 500
Oxycyanure de mercure.....	10 tubes
Parégorique en comprimés ou équivalents en tubes.....	0 kgr. 125
Perchlorure de fer.....	0 kgr. 125
Permanganate de potasse ou équivalent en vrac....	0 kgr. 125
Pommade de Dalibour.....	10 tubes
— Collargol.....	10 tubes
— Formol.....	5 tubes
— Millian.....	50 tubes
— —.....	1 kgr.
— à l'oxycyanure de mercure.....	20 tubes
— à l'oxyde de zinc.....	50 tubes
Potassium bromure en comprimés.....	0 kgr. 250
— — poudre.....	0 kgr. 200
Potasse chlorate en comprimés.....	50 boîtes
Quinine chlorhydrate.....	0 kgr. 050
— comprimés à 0,20.....	0 kgr. 050
Réactif d'Essbach.....	0 kgr. 125
Salicylate de soude.....	0 kgr. 125
Septoplix.....	100 tubes
Soufre en canon.....	2 kgr.
Sulfamides.....	0 kgr. 500
Sulfate de magnésie.....	1 kgr.
— soude.....	1 kgr.
Talc.....	2 kgr.
Terpine codéine (pilules).....	0 kgr. 030
Vaseline.....	10 tubes
Vitellinate d'argent.....	1 flacon

Il faut ajouter à ce tableau une cinquantaine de spécialités dont la variété extrême permet vraiment d'envisager le traitement de la plupart des affections : produits vitaminés, extraits glandulaires et hormonaux, sirops, préparations toniques et reconstituantes, etc...

Une dotation de base représente ainsi un envoi de 250 kgr.

Afin de hâter la livraison des commandes passées par les médecins des centres, la Direction du Service de Santé des camps d'étrangers a chargé ses médecins agents de liaison de procéder à l'enlèvement des caisses de médicaments et matériel à destination des camps où ils se proposent d'effectuer simultanément une visite d'inspection. Deux camions circulent à cet effet en permanence à travers toute la France selon des itinéraires judicieusement établis, la durée du voyage ne devant pas excéder 7 ou 8 jours.

On voit donc par ce rapide historique le perfectionnement qui a été apporté au problème des approvisionnements des centres dans une période difficile tant par la pénurie des moyens de transports que par le manque des produits sanitaires de première nécessité.

CHAPITRE II

**Le bilan sanitaire six mois après la création
du Service de Santé des camps d'étrangers.**

Nous nous proposons ici d'étudier ce que fut l'état sanitaire des étrangers ainsi rassemblés dans nos camps. Après six mois d'hébergement il nous est donné de présenter une sorte de bilan, où nous pouvons préciser l'importance et la gravité qu'ont revêtues les principales affections auxquelles ces réfugiés ont été exposés.

I. — Les questions d'hospitalisation et de spécialités.

Il fallut, parallèlement aux mesures prises par nos médecins à l'intérieur des camps, prévoir la possibilité d'*hospitalisation* pour les étrangers et demander l'appui total du Service de Santé militaire d'une part, du Ministère de la Santé publique d'autre part.

En effet, le Ministère des Prisonniers, Déportés et Réfugiés ne pouvait songer assurer l'hospitalisation des malades graves ou des malades chroniques ; et l'hébergement à l'infirmerie ne devait raisonnablement être réservé qu'aux sujets atteints d'affections légères ou dont la durée de l'évolution resterait inférieure à quinze jours.

Une distinction a été faite, pour les hospitalisations, entre les sujets soviétiques de sexe masculin et tous les autres sujets des camps :

- *Tous les hommes soviétiques*, considérés par leur gouvernement comme militaires, ont été hospitalisés dans les hôpitaux militaires français dans les conditions définies par la circulaire n° 69 3/7 du 11 janvier 1945 adressée par M. le Ministre de la Guerre à MM. les directeurs du Service de Santé militaire, sous le couvert de MM. les généraux commandant les régions militaires.
- *Les femmes et enfants soviétiques, et tous les ressortissants des autres pays* ont été hospitalisés dans les hôpitaux civils dans les conditions définies par la circulaire n° 204 IG du 31 décembre 1944, adressée par M. le Ministre de la Santé publique à MM. les préfets.

Nous devons signaler les difficultés qu'ont rencontrées nos médecins dans nombre de cas pour procéder aux évacuations des malades. Souvent les centres d'hébergement se trouvaient ils à trente ou quarante kilomètres de l'hôpital le plus proche et les disponibilités des

hôpitaux n'ont pas toujours permis des évacuations immédiates. De plus, il n'a pas été possible d'affecter des voitures sanitaires à la plupart des centres. Enfin, nos médecins se sont souvent heurtés au refus des étrangers de se laisser hospitaliser, ceci d'ailleurs à tous les degrés de l'échelle sociale.

Quant aux soins de *spécialités*, il ne put être question non plus de les donner à l'infirmerie. Il fallut faire appel dans ces cas, soit aux hôpitaux les plus proches, soit aux dispensaires, ou encore à des médecins spécialistes locaux. Tous ces soins devaient être prodigués à ces réfugiés au tarif de « l'assistance médicale gratuite », le règlement des honoraires incombant à la direction départementale du Ministère des P.G.D.R.

Les soins dentaires en particulier, devaient comprendre exclusivement l'obturation et l'extraction. Seuls les sujets soviétiques, militaires ou non, hommes, femmes ou enfants, pouvaient faire la demande de *prothèses dentaires*. Celles-ci seraient exécutées par les soins du Service de Santé militaire, conformément à la circulaire n° 669 2/7 du 23 février 1945 émanant de M. le Ministre de la Guerre. Ce principe s'est heurté à l'impossibilité fréquente de conduire ces sujets dans les centres désignés par le Service de Santé militaire. Il eut été plus facile d'utiliser les compétences de dentistes conventionnés par le Ministère de la Guerre comme il est précisé dans la même circulaire, mais cette solution n'a eu que peu d'exemples.

La Direction du Service de Santé des camps d'étrangers a pris l'initiative de placer dans quelques camps à gros effectifs des dentistes recrutés par la Mission militaire française du Rapatriement. Leur matériel, tour et trousse dentaire leur ont été fournis par le Service des approvisionnements.

Les mesures que nous avons énoncées concernant les soins dentaires s'appliquent également par extension des circulaires du Ministère de la Guerre aux *soins ophtalmologiques* et à l'*orthopédie*.

II. — La morbidité dans les camps.

Nous avons extrait de la pathologie générale, trois groupes d'affections qui méritent une étude spéciale :

- *La tuberculose pulmonaire,*
- *Les maladies vénériennes,*
- *Les parasitoses.*

Nous montrerons les caractères particuliers imprimés à chacun d'eux et les moyens que nous avons apportés à leur traitement.

1^o La tuberculose pulmonaire.

La tuberculose fut sans doute l'affection qui justifiait le plus un dépistage précoce systématique. Dès l'arrivée au camp des réfugiés, on put s'apercevoir que nombre de sujets étaient particulièrement affaiblis et amaigris, certains même dans un état lamentable et que des mesures d'isolement s'imposaient de toute urgence.

Après tant de tribulations, de souffrances, de privations, il fut difficile de faire admettre, à nouveau, à ces malades la nécessité de se séparer des leurs ou des compagnons de route et c'est avec grand'peine qu'on put même procéder au groupement des tuberculeux avérés dans les locaux de l'infirmerie. Nous avons même vu un étudiant en médecine s'obstiner à vivre auprès de sa femme et de ses enfants, alors qu'il savait qu'il était contagieux au plus haut point. Pourtant, l'autorité de nos médecins n'était pas contestée et il fallait voir là l'indifférence de gens désœuvrés.

Mais sitôt que la vie du camp put s'organiser et que de nouvelles habitudes furent prises, l'action du médecin a pu être plus efficace.

On procéda dans tous les centres à un dépistage systématique de la tuberculose :

- tout d'abord dépistage clinique chez tous les ressortissants ;
- et surtout dépistage radioscopique.

Nous savons le peu de foi que nous pouvions accorder au dépistage clinique, aussi a-t-il fallu trouver le moyen de faire subir un examen radioscopique, après entente avec les formations hospitalières ou les dispensaires de la localité.

Tantôt, lorsque l'installation le permettait, on put dépister tout l'effectif, tantôt seuls les suspects on fait l'objet d'investigations spéciales ; soit que le camp se trouvât très éloigné du centre d'examen, soit que l'effectif fût trop considérable. Dans ce dernier cas, on eût souhaité pouvoir réaliser un dépistage rapide par l'envoi d'un groupe mobile de radio-photo. Ce projet ne put être réalisé que très rarement, parce qu'il a coïncidé avec une période où de larges coupures dans la distribution électrique rendit tout à coup son emploi impossible.

Il n'en résulte pas moins que, si l'on en juge d'après les rapports sanitaires qui parviennent à la Direction du Service de Santé, le dépistage de la tuberculose a permis dès le début la découverte de la presque totalité des cas enregistrés à ce jour. Les évacuations rapides des tuberculeux ont permis d'éviter la contagion à l'intérieur des camps. C'est là un résultat heureux de nos efforts.

Le tableau ci-dessous rend compte du nombre de cas dépistés à l'intérieur de certains camps :

Beauregard	35
Laudun-l'Ardoise	15
Bourbonne-les-Bains	11
Chateaufur	16
Ay	18
Epernay	20
Piémont-Suippes	5
Decize	14
Chaumont	9
Connantre	14
Pontoise	10
Meaux	15
Gajac	15
Provins	10

Tout cas reconnu devait faire l'objet d'une hospitalisation dans le centre médical le plus proche, la conduite thérapeutique et, le cas échéant, le transfert en sanatorium ne pouvant être décidé qu'ultérieurement.

Il appartient, en effet, soit au Service de Santé militaire pour les hommes soviétiques, soit aux formations hospitalières dépendant du Ministère de la Santé publique pour tous les autres étrangers, de diriger les tuberculeux vers des établissements spécialisés.

Néanmoins, à la demande des autorités soviétiques, la Direction du Service de Santé des camps d'étrangers a obtenu du Ministère des Prisonniers de Guerre, Déportés et Réfugiés qu'on ouvrit, à l'intention des tuberculeux soviétiques, femmes et enfants, un sanatorium dans la région parisienne. Ainsi groupés ces sujets peuvent bénéficier des avantages moraux et matériels qu'ils n'auraient pas trouvés s'ils étaient restés isolés au milieu de malades français. En outre, il a été admis

que le personnel médical, infirmier et subalterne serait désigné par la Mission militaire soviétique à Paris. Un médecin français phthisiologue en assure le contrôle médical et une mission française règle le côté administratif.

Il s'agit du *sanatorium de Villevaudé*, situé au point culminant d'une région boisée entre Lagny et Villeparisis, en pleine campagne, dans une contrée uniquement agricole, sans usines ni ateliers. C'est un domaine de 20 hectares comprenant un parc et des bois.

Les bâtiments comprennent : le château et des dépendances.

1^o Le château.

Sa face principale est exposée à l'est. Les pièces principales sont exposées au midi ainsi que la terrasse du château surplombant les galeries de cure et dominant la grande pelouse.

Le rez-de-chaussée comprend :

- un bureau médical commun au médecin français et au médecin soviétique qui travaillent en étroite collaboration,
- une salle de radio servant en même temps de laboratoire d'analyses,
- une salle de développement des radiographies,
- une petite salle d'opérations pouvant servir de salle de pleuroscopie,
- un bureau administratif soviétique,
- un bureau administratif français,
- un salon d'attente,
- la salle à manger des malades,
- la salle à manger du personnel soviétique,
- le magasin de vivres,
- l'office des malades et du personnel soviétiques.

Le premier étage comprend :

- les chambres de malades (chambres de 1 à 6 lits).

Le deuxième étage comprend :

- des chambres de malades,
- des chambres de personnel infirmier russe.

2^o Les bâtiments annexes.

Ils comprennent des garages, des chambres pour le personnel soviétique, des magasins de vivres et matériel, le pavillon du médecin russe et du comptable russe, une lingerie, une buanderie, la salle des morts.

Ce sanatorium comprend ainsi 85 lits et est aménagé pour le traitement de la tuberculose pulmonaire (pneumothorax artificiel et sections de brides). Le sanatorium possède en outre, toutes les conditions idéales pour la cure d'air et de repos. Il possède le matériel nécessaire au traitement de toutes les complications pleurales du pneumothorax.

L'alimentation des malades est assurée par le régime le plus substantiel que puisse fournir l'Intendance militaire, soit approximativement par jour :

Pain.....	500 gr.
Viande.....	200 gr.
Matières grasses.....	40 gr.
Pommes de terre.....	400 gr.
Légumes secs.....	25 gr.
Sucre.....	20 gr.
Chocolat.....	10 gr.
Pâtes alimentaires.....	40 gr.

De plus, il est procédé à des achats dans les fermes voisines de lait, d'œufs, de légumes verts, complément indispensable à l'alimentation des tuberculeux.

2° Les maladies vénériennes.

Notre action fut beaucoup moins heureuse quant au dépistage et au traitement des maladies vénériennes.

Si les hommes se prêtèrent assez facilement à l'examen, il n'en fut pas de même pour les femmes chez qui une pudibonderie obstinée empêcha souvent les investigations.

a) *Les gonococcies.*

Elles ont été, de beaucoup, l'affection vénérienne la plus fréquente. La plupart des cas ont été dépistés grâce aux visites systématiques ; nombreux cependant restaient les sujets ne se présentant pas à ces examens et que, seule, la ténacité de la maladie amenait à consulter.

Les rapports sanitaires font foi d'une inégale fréquence de la maladie suivant les camps, la proportion des cas s'élevant très rapidement dans les camps contaminés malgré les mesures d'hygiène et de prophylaxie mises en œuvre. Il fut, en effet, presque toujours impossible d'obtenir l'isolement des sujets jusqu'à la guérison complète. Dans d'autres cas, ce fut le caractère *subaigu* et *sulfamidorésistant* de l'affection qui rendit difficile un hébergement prolongé à l'infirmerie.

Le tableau ci-dessous rend compte de la fréquence de la maladie dans quelques-uns des principaux centres :

Beauregard.....	{	12 cas du 1 ^{er} au 15 mars 1945
	{	15 cas du 1 ^{er} au 15 février
Le Puy.....	{	47 cas dans le mois d'avril
	{	37 cas dans le mois de mai
Gajac.....		50 — — mars
Bourbonne-les-Bains.....	{	6 — du 1 ^{er} au 15 mars
	{	6 — du 1 ^{er} au 15 mai
La Planète.....		7 — dans le mois de mai
Saint-Junien.....		10 — — d'avril
Le Bassau.....		60 — — février
Pontoise.....		9 — — mars
Decize.....		12 — — —
Piémont-Suippes.....		25 — — d'avril
Brignolles.....	{	10 — du 15 au 30 avril
	{	20 — du 1 ^{er} au 15 mai
Laudun-l'Ardoise.....		15 — du 1 ^{er} au 15 mai

Il est intéressant de préciser les thérapeutiques qui ont été utilisées sous la responsabilité de médecins russes :

— *Le propidon* fut prescrit à de très fortes doses (injections de 4 cc. renouvelées tous les jours pendant 5 jours).

Ces fortes doses de vaccin ne provoquaient le plus souvent chez ces sujets que de faibles réactions thermiques, montrant ainsi la surprenante tolérance de ces populations à des médications maniées avec prudence dans nos services.

— *La sulfamidothérapie* massive : 50 gr. répartis en six jours par doses décroissantes.

La rareté de la pénicilline ne nous a malheureusement pas permis d'expérimenter ce traitement sur les gonococcies rebelles aux thérapeutiques habituelles.

b) *La syphilis.*

Elle ne fut qu'assez rarement reconnue dans les camps, nous n'en avons relevé que quelques cas isolés.

Il n'a pas été permis de pratiquer d'une façon aussi systématique que nous l'aurions voulu des réactions sérologiques. Aussi les cas qui nous sont connus ne se rapportent-ils qu'à des formes cutanéomuqueuses.

Les syphilis dépistées durent faire l'objet d'hospitalisation pendant leur période de contagiosité, le traitement pouvant être par la suite poursuivi au camp. La grande promiscuité à l'intérieur des camps a toujours rendu impossible une enquête pour la prophylaxie.

3° Les parasitoses.

a) Les phthiriasés.

Le plus important problème posé à nos médecins fut sans conteste celui de l'épouillage. C'était là, en effet, une question fondamentale vu le nombre des individus parasités et le danger qu'ils faisaient peser sur la collectivité.

Les opérations se présentèrent sous deux aspects :

- tantôt c'était l'arrivée massive d'un convoi de réfugiés qu'il fallait absolument désinsecter avant leur entrée dans le centre ;
- tantôt, au contraire, c'était une recrudescence parasitaire à l'intérieur même du camp qu'il fallait juguler.

Dans les deux cas, c'est à la *poudre D. D. T.* que l'on a fait appel chaque fois qu'il a été possible.

Ce produit, fourni par les autorités américaines, nous a donné de remarquables résultats et nous pensons qu'il est utile ici d'en préciser les qualités et la technique d'utilisation.

Le dichlorodiphényltrichloréthane est un insecticide puissant qui agit par contact, qui adhère au coton, à la laine et à la toile. Il n'est pas toxique pour l'homme à la concentration où il est employé dans un but insecticide (5 % de substance et 95 % de véhicule inerte : talc). Il reste toutefois prudent de se tenir en milieu aéré pendant les manipulations.

Son action est particulièrement efficace sur les poux, mais nous avons eu à l'employer aussi dans la lutte contre les moustiques, les puces et les punaises. Le D. D. T. n'est pas nocif pour les lentes, mais il tue les larves qui en naissent dès leur éclosion en raison de son action durable que l'on peut estimer environ à un mois.

Pour obtenir un épouillage rapide et efficace, il faut néanmoins utiliser une technique très précise dont le détail trouve sa place dans le paragraphe qui suit.

La méthode que nous avons le plus couramment employée est celle de l'insufflation. Le sujet complètement vêtu, on effectue au moyen de l'appareil poudreur les insufflations suivantes :

- 2 dans la chevelure ;
- 1 dans chaque manche ;
- 6 dans le cou, entre les téguments et la chemise (1 dirigée au devant de la poitrine, 2 autres vers les aisselles, 1 le long du rachis dorsal et 2 vers les omoplates) ;
- 6 dans la ceinture (2 verticalement dirigées et 4 dirigées vers les jambes).

On pourra compléter enfin par quelques insufflations dans la coiffure, entre chemise et vêtements, entre vêtements et manteau. Ces manipulations exigent environ 30 gr. de poudre, par personne.

Si l'on entreprend un épouillage collectif il faut simultanément effectuer un poudrage des literies, des couvertures, des paquetages et des locaux. Nos médecins, aidés de leurs infirmières et assistantes sociales, ont pu ainsi désinsecter plusieurs centaines d'individus en quelques heures.

Une autre méthode doit être réservée aux sujets plus particulièrement parasités, qui consiste à tremper les vêtements destinés à être en contact avec la peau dans une émulsion aqueuse du produit. Ainsi l'action paraît-elle persister plus sûrement après lavage.

Un produit français l'Aphthiria, hexachlorocyclohexane, a été utilisé également, suivant le même principe. Il a l'inconvénient d'être parfois irritant pour les téguments et d'avoir une odeur désagréable ; son action a été plus contestée.

En l'absence de poudre insecticide, on dut procéder selon les moyens habituels : douchage et désinfection des vêtements. Mais cette méthode a été souvent mise en échec par l'insuffisance des chambres à désinfection.

Dans quelques centres, grâce au concours d'équipes spécialisées de l'Armée américaine, il a pu être réalisé des opérations de désinfection des vêtements au moyen de chambres au bromure de méthyle, concurremment à des manœuvres de poudrage par la D. D. T. où les sujets gardent sur eux seulement chemise et pantalon. L'utilisation de ces chambres à bromure de méthyle et leur transport si aisés marquent un progrès considérable sur les installations classiques : chambre à vapeur humide et chambres de désinfection.

b) *La gale.*

La gale aussi fut extrêmement répandue. Survenant chez des populations depuis longtemps soustraites à toute hygiène corporelle, elle donna lieu souvent à des pyodermites très étendues. Leur traitement a été rendu difficile et par le manque de savon et par le défaut fréquent de produits efficaces, tel le benzoate de benzyle et les pommades soufrées. On lui opposa souvent des spécialités ou produits de remplacements qui restèrent inopérants.

Il nous a été signalé les résultats heureux obtenus par friction de poudre D. D. T. sur les téguments, qui aurait fait disparaître des gales rebelles aux traitements antérieurs.

Il peut être intéressant de retenir le traitement qu'appliquèrent, avec prédilection, les médecins soviétiques : l'injection intra-musculaire, six jours consécutifs, d'une solution de Rubiazol.

4° Maladies diverses.

A côté de ces trois grands groupes de maladies, nous ferons encore une courte mention de quelques affections qui ont retenu, à différents titres d'ailleurs, notre attention.

a) *Les affections gastriques.*

Il est intéressant de noter que les affections gastriques ont été très fréquemment découvertes dans les camps d'étrangers; nombre d'ulcères ont pu être diagnostiqués.

La nécessité d'accorder aux malades gastriques des régimes alimentaires spéciaux et une hygiène de vie plus propice est apparue à nos Services; et la Direction du Service de Santé a accédé au désir des Autorités Soviétiques de fonder un centre pour les sujets soviétiques atteints de ces affections. On installa une mission au *Château de Thouron* (Hte-Vienne), avec contrôle médical français. Ce centre est destiné à recevoir un effectif de 150 personnes. Les possibilités locales en produits lactés étant grandes, on pense pouvoir améliorer ainsi sensiblement l'état de ces malades et prendre les mesures thérapeutiques qui s'imposeront.

b) *Les maladies de carence.*

Elles ont pu faire l'objet de notre observation dans quelques camps au moment de la création des centres d'étrangers.

On a signalé ainsi deux cas de *Scorbut* à Meaux, un cas à Provins et deux cas de *Pellagre* à Pontoise. Nous avons découvert de nombreux cas de *Rachitisme*: Il a justifié l'envoi dans tous les centres de produits vitaminés. On a soumis pendant les mois d'hiver ces enfants à des radiations violettes, soit dans des formations hospitalières et dispensaires, soit dans certaines de nos infirmeries particulièrement bien équipées.

c) *Intoxication par l'alcool méthylique.*

On nous a signalé à Boutillierie-les-Amiens une intoxication portant sur 85 cas causée par l'absorption d'alcool méthylique dérobé à un wagon citerne. Huit cas mortels ont été enregistrés malgré tous les soins prodigués.

A Beauregard un cas mortel sur trois intoxiqués.

Nous ne pouvions, dans cet ouvrage, présenter un bilan complet des affections qui ont été rencontrées dans les camps. Nous nous sommes contentés de présenter celles d'entre elles auquel s'est attaché un caractère plus particulier.

Le nombre des malades qui ont fait l'objet d'hospitalisation n'a pu être évalué avec exactitude. Peut-être a-t-il été seulement possible de se faire une idée du coefficient de morbidité qui ne semble pas avoir, dans aucun camp, excédé 3 %.

Dans la région parisienne, l'existence de plusieurs camps soviétiques a entraîné l'hospitalisation de malades dans différents hôpitaux de la capitale. Il a semblé légitime de tenter un regroupement de tous ces éléments éparpillés dans les services hospitaliers.

Un accord est intervenu entre le Ministère des Prisonniers, Déportés et Réfugiés et le Ministère de la Santé publique pour remettre aux autorités soviétiques un hôpital parisien qui remplirait ces conditions. Ainsi *l'hôpital de la Cité Universitaire* devint-il hôpital pour sujets soviétiques dans les premiers jours d'avril 1945.

Les possibilités d'hébergement sont de trois cents lits répartis dans les pavillons Pasteur et Liard. Une Mission française de Rapatriement assure la gestion administrative. La Direction du Service de Santé des camps d'étrangers y a nommé un médecin-chef et un pharmacien. Le Service de Santé militaire y a détaché deux spécialistes : un otho-rhino-laryngologiste et un ophtalmologiste.

Les médicaments lui sont fournis par l'administration de l'Assistance publique. Une salle d'opération a été installée ainsi qu'un laboratoire.

Dans ce centre hospitalier, comme au sanatorium de Villevaudé, le travail médical s'effectue en étroite collaboration entre le personnel médical français et le personnel médical et infirmier soviétique.

Les rations alimentaires, enfin, allouées à tous les malades, quelle que soit leur catégorie, sont la ration n° 3 que l'Intendance militaire destine habituellement aux tuberculeux.

Dans un ordre d'idées voisin de celui que nous venons d'exposer, nous avons organisé un *Centre pour Convalescents Soviétiques* au château du Faisceau, à Eguzon (Indre). La création de ce centre a été justifiée par la présence de nombreux sujets affaiblis, convalescents de maladie, ou vieillards qui supportent difficilement une vie de camp.

Les possibilités de ce centre sont de 150 lits et nous y avons affecté un médecin-chef.

III. — La natalité.

Parmi ces populations, on fut souvent étonné du nombre considérable des femmes enceintes et de nombreuses naissances ont été enregistrées dans les camps depuis leur création.

C'est une nouvelle et lourde tâche qui incombe au médecin.

Les femmes enceintes se déroberent souvent à l'examen auquel les médecins voulaient les soumettre. Elles se faisaient connaître pour obtenir le régime spécial qui leur est accordé et qui comprend en particulier une attribution de lait. Et c'est au début de leur travail qu'elles se signalaient à nouveau.

D'autres sujets moins frustes ont pu faire l'objet d'examens systématiques que l'on entreprend devant toute grossesse : dépistage radioscopique, recherches sérologiques, analyses répétées des urines.

Les accouchements ne devaient, en principe, être envisagés que dans des formations hospitalières spécialisées. Cependant, nombre d'accouchements ont été effectués par les soins de nos médecins, soit que l'installation de l'infirmerie le leur permettait, soit que l'éloignement du camp de tout centre urbain les plaçait dans l'impossibilité de transporter dans un temps suffisamment court une femme déjà en période de travail.

La Direction du Service de Santé des camps d'étrangers a été en mesure de fournir pour les jeunes enfants du lait condensé, des farines lactées ainsi que des produits vitaminés. Des layettes ont pu être distribuées à tous les camps qui en ont fait la demande.

Quant aux *enfants en bas âge* hébergés dans les camps, nous jugerons de leur nombre souvent très élevé en se rapportant au grand tableau récapitulatif des centres d'étrangers.

Des dépistages systématiques de la tuberculose ont été effectués chez eux et l'on a pratiqué d'une façon très large les cuti-réactions.

Nous décrirons plus loin les caractères des épidémies de rougeole, scarlatine et diphtérie qui ont pu se produire parmi ces enfants.

Nous terminerons ce paragraphe en indiquant le sort qui a été réservé aux enfants sans parents :

— Certains ont pu être recueillis par des membres de leur famille hébergés également au camp ou par des familles amies.

— D'autres ont fait l'objet de prises en charge par des orphelinats locaux.

Le nombre des *enfants soviétiques sans parents* étant assez élevé, il a été créé, au *château de Morville*, à Hanches (Eure-et-Loir), au mois de mars, un centre spécialement réservé à leur usage et soumis à un encadrement soviétique.

Ce centre peut recevoir 200 enfants.

IV. — Les questions épidémiologiques qui ont été soulevées.

L'importance numérique des individus vivant en collectivité dans nos centres, et l'arrivée ininterrompue de nouveaux ressortissants étrangers pouvaient à tout moment faire redouter l'apparition d'épidémies.

Aux mesures d'hygiène générale que nous avons déjà envisagées, il fallut adjoindre les *vaccinations*.

Dans les camps d'hébergement stables, il a pu être procédé non seulement à la *vaccination antivariolique* de façon systématique, surtout chez les enfants, mais encore aux *vaccinations antityphoparatyphoïdiques*.

Pour ces dernières, on a pratiqué, soit la vaccination complète avec trois injections séparées d'un intervalle de quinze jours, soit simplement une injection de rappel, lorsque la preuve d'une vaccination récente pouvait être donnée.

On employa presque toujours le vaccin triple associé de l'Institut Pasteur de façon à étendre l'immunité des sujets à la diphtérie et au tétanos.

Dans les camps de transit, par contre, la durée limitée et incertaine du séjour ne permettait pas d'entreprendre des vaccinations, à moins que ne survienne une épidémie.

A l'égard du typhus exanthématique, seule la vaccination des membres des Missions françaises de Rapatriement a été rendue obligatoire. Dans les populations étrangères, par contre, la *vaccination antirickettsie* n'a pas été appliquée d'une façon systématique.

Le point de vue que nous avons défendu ne pouvait pas être le même au moment où nos camps ont réuni les étrangers disséminés en France et lorsque, quelques mois plus tard, des milliers d'étrangers ont été transités d'Allemagne vers la France.

Dans le premier cas, il n'a pas été jugé utile de vacciner préventivement en l'absence d'épidémie, bien qu'il ait pu s'agir de sujets russes, polonais ou yougoslaves, dans les pays desquels le typhus sévit à l'état endémique. Une désinsection soigneuse et régulière semblait pouvoir rester à la base de la prophylaxie.

On adopta le principe qu'on ne vaccinerait tout l'effectif d'un camp que lorsque deux cas de typhus apparaîtraient en filiation l'un

avec l'autre ; à ce moment seulement on pouvait parler d'épidémie et agir en conséquence.

Dans le second cas, le transfert en France de sujets récemment libérés, venant de régions d'Allemagne où le typhus est épidémique, devait provoquer une révision de notre opinion première. Dans tous les cas où les nouveaux arrivants sont venus se mêler aux populations dont l'hébergement remontait déjà à plusieurs mois, il devint indispensable de vacciner tout le monde.

Plusieurs milliers d'étrangers, pour la majeure partie soviétiques, ont pu être ainsi vaccinés contre le typhus. Le vaccin employé a été celui de Durand-Giroud. C'est une suspension de rickettsies tuées par le formol qui, inoculée par voie sous-cutanée, provoque tout au plus une douleur locale plus ou moins vive et le plus souvent fugace. Nous n'avons pas enregistré de réaction générale chez nos sujets digne d'être signalée.

Dans les camps où l'on dut pratiquer à la fois la vaccination antirickettsie et la vaccination contre la fièvre typhoïde on a cherché à diminuer le nombre des injections en envisageant une vaccination associée *T. A. B. D. T. et typhus* :

- la première injection comportant *T. A. B. D. T. et typhus* ;
- la seconde huit jours après, vaccin antirickettsie seul ;
- la troisième, le quinzième jour *T. A. B. D. T. et typhus* associés ;
- la quatrième, le trentième jour *T. A. B. D. T.* seul.

Le lieu d'injection que nous avons employé avec prédilection est la pointe de l'omoplate.

Les doses injectées ont été :

- pour le *T. A. B. D. T.* : 1 cc., 2 cc., 2 cc. ;
- pour le vaccin de Durand-Giroud : 1 cc. chaque fois.

Dans les vaccinations associées, dont nous venons de parler, on injectait successivement la suspension de rickettsies et le vaccin *T. A. B. D. T.* au même lieu en déplaçant simplement entre temps l'orientation du pavillon de l'aiguille.

Indiquons en dernier lieu que si le rapatriement de certains ressortissants étrangers, dans des pays où le typhus sévit à l'état endémique, est retardé jusqu'à l'automne, la vaccination avant leur départ devra être envisagée, car le typhus risque de présenter une recrudescence à cette période d'automne.

Ainsi rappelées toutes les mesures de prophylaxie que nous avons été amenés à prendre, *étudions maintenant les enquêtes épidémiolo-*

giques auxquelles nous avons procédé. Nous nous attacherons surtout à la question du typhus exanthématique, puis nous extrairons les points qui nous ont paru les plus intéressants au cours d'enquêtes pour épidémie de fièvre typhoïde ; enfin, nous ferons état de quelques épidémies de scarlatine, rougeole et diphtérie qui ont pu sévir çà et là.

Au cours de nos enquêtes sur le typhus et la fièvre typhoïde, nous avons pratiqué largement *la méthode de l'hémodiagnostic de L. C. Brumpt* :

Elle nous a permis de confirmer sur-le-champ les cas suspects, d'étudier les sujets contacts, de procéder à des sondages importants dans les populations des camps. Nous en avons tiré des constatations très intéressantes que nous décrirons à propos de chacune de nos enquêtes.

Il nous est apparu que le principe de cette méthode était bien connu des médecins français des camps, mais, que sa technique, très simple mais très précise, échappait à la plupart d'entre eux. C'est pourquoi nous nous croyons permis de la décrire ici dans tous ses détails. Sa simplicité et son élégance n'échapperont plus à personne :

Son principe : réaliser à la température ordinaire une agglutination du germe en cause par le sang total du malade, la réaction étant lisible macroscopiquement en moins de 3 minutes.

Son matériel :

- des vaccinostyles stériles,
- des lames de verre,
- une plaque de porcelaine, de verre porcelainé ou à défaut une assiette de porcelaine, les surfaces devant être parfaitement lisses, sèches et dégraissées,
- des émulsions microbiennes citratées formolées et colorées par le bleu de méthylène (émulsions d'Eberth, de Para A, de Para B, de *Proteus* X 19, et Abortus).

Sa technique :

1° Après désinfection de la peau à l'alcool ou à l'éther, piquer d'un coup sec la face dorsale de la phalange du médium (de préférence), 5 mm. environ au-dessus du repli unguéal. L'incision doit être pratiquée la lame du vaccinostyle parallèle à l'axe du doigt ;

2° Après agitation du flacon contenant l'émulsion désirée, déposer une goutte de cette émulsion sur la plaque de porcelaine. Sur un support bien sec la goutte ne doit pas s'étaler ;

3° Essuyer le doigt avec un coton sec et faire sourdre par expression une goutte de sang bien sphérique moitié moins volumineuse que la goutte d'émulsion. Un détail non négligeable : le doigt doit être maintenu à l'horizontale, l'opérateur garotte entre pouce et index de

la main gauche le doigt du sujet exerce entre pouce et index de la main droite une pression latérale et de bascule sur l'ongle ;

4° Avec le coin d'une lame de verre, on prélèvera la totalité de la goutte en râclant la peau d'un rapide mouvement de revers dirigé perpendiculairement à l'axe du doigt ;

5° On mélange ensuite le sang ainsi recueilli à la goutte d'émulsion avec le coin de cette lame de verre. Ce mélange se fait en agrandissant circulairement la goutte initiale jusqu'au diamètre d'une pièce de 50 centimes.

Les quantités respectives de sang et d'émulsion doivent être telles que la coloration du mélange devienne brun vert. Une coloration verte marquerait le défaut de sang, ce qu'il faut éviter. Se hâter d'apporter le complément si l'on ne veut recommencer l'opération.

6° On imprime au support un balancement rotatif tel celui qu'on imprimerait à une assiette pour faire courir une bille en son intérieur. C'est là le temps capital de la réaction qui réalise à la fois un brassage et une centrifugation. Le mouvement rotatif ne doit pas être trop violent, mais bien continu de façon à ce que la périphérie de la goutte reste parfaitement circulaire.

Son interprétation :

La réaction est positive lorsque se forme à la périphérie de la goutte une frange continue d'un bleu franc correspondant aux agglutinats microbiens, dans un délai de 1 à 3 minutes. Dans les réactions intensément positives après quelques instants de repos les hématies se rassemblent au centre. On doit considérer comme négatifs les résultats tardifs (au delà de 3 minutes) ou les aspects discontinus et de coloration indécise de la frange. La réaction doit toujours être lue dans le délai indiqué plus haut et jamais sur une préparation qui sèche.

Signalons que si l'on désire garder un document définitif on peut pratiquer la réaction sur un papier gélatiné (papier photographique neuf fixé par l'hyposulfite). On sèche l'excès de la goutte dès que la frange est formée et lorsque la préparation est sèche on lave à grande eau.

Lorsque nous avons pratiqué des hémodiagnostic en série, nous procédions à ces opérations pour 4 sujets à la fois. Nous pouvions trouver auprès des infirmières des camps une aide appréciable dans nos manipulations, et nous arrivions à pratiquer la réaction 100 fois à l'heure.

Signalons encore que nous avons remis à de nombreux camps des trousse d'hémodiagnostic et que les démonstrations que nous avons faites n'ont pas été sans intéresser les médecins étrangers des camps.

A. — *Enquêtes épidémiologiques pour typhus exanthématique.*

La Direction du Service de Santé des camps d'étrangers avait donné pour instruction à tous les médecins des camps de lui rendre compte par télégramme dès qu'un cas de typhus exanthématique serait reconnu. L'alarme nous a été donnée à 4 reprises, mais deux fois seulement nos enquêtes ont conclu à la confirmation du diagnostic. Il n'en reste pas moins que chacune d'entre elles a donné lieu à des expériences intéressantes que nous voulons décrire ici :

1° Les deux cas de typhus du camp de la Courtine.

La Direction du Service de Santé des camps d'étrangers a été avertie le 22 février 1945 de l'existence d'un cas de typhus chez une femme de 40 ans, bientôt suivi d'un second cas également chez une femme, au camp soviétique de la Courtine. Elle en a avisé le médecin-consultant d'épidémiologie qui s'est rendu sur place aussitôt pour prendre toutes mesures utiles.

Ces deux cas de typhus, cliniquement assez atypiques et bénins, ont été reconnus grâce à l'expérience et au sens clinique d'un médecin russe du camp.

Ces sujets avaient été libérés en novembre 1944, par l'armée américaine et désinsectés dès leur libération au moyen de la poudre D. D. T.

Il a été établi que ces deux cas n'étaient pas en filiation l'un avec l'autre et que, par conséquent, il ne s'agissait pas là d'épidémie, d'autant que l'examen par l'hémodiagnostic des sujets contacts n'a révélé aucune forme fruste.

Nous n'avions pas d'arguments nous permettant, par ailleurs, de penser au typhus murin. Nous avons conclu qu'il s'agissait vraisemblablement de la forme endémique du typhus historique, de la maladie de Brill.

Nous avons fait entrer ces deux cas de typhus dans le cadre du typhus endémique pour les raisons suivantes :

- typhus cliniquement atypiques,
- cas sans liens entre eux,
- rareté des parasites.

En effet, en raison de la faible proportion de sujets parasités dans ce camp (3 à 5 %), la propagation d'une épidémie sérieuse semblait impossible. La rareté des parasites pouvait s'expliquer de deux façons : d'abord tous les sujets avaient été désinsectés à la poudre D. D. T. au moment de leur libération par l'armée américaine, ensuite le Service de Santé des camps d'étrangers ayant été saisi d'une demande d'envoi d'une équipe de désinsection, une équipe de la Croix-Rouge française fonctionnait dans le camp depuis le 10 février.

De plus, l'incubation du typhus étant de onze jours, et les diagnostics ayant été portés les 20 et 22 après plusieurs jours d'évolution de la maladie, il en résulte que ces deux typhus étaient déjà en incubation lorsque l'équipe de désinsection est arrivée au camp le 10 février. Cela permet de dégager la responsabilité de cette équipe.

Cependant, nous avons constaté que le matériel d'étuvage était défectueux : les vêtements ne pouvaient être mis sur des cintres, mais entassés ; et plusieurs témoins ont dit avoir constaté l'insuffisance de la désinsection. A cet égard, notre deuxième malade a été trouvée porteuse de poux à son admission à l'hôpital, alors qu'elle était passée deux fois à la désinsection-douche dans les douze jours précédents.

Pouvait-on faire des hypothèses sur l'origine de ces deux cas ? Nous savons, en effet, que deux théories s'affrontent pour expliquer ces formes endémiques :

- 1^o la théorie de Zinsser (U. S. A.), qui les attribue à des rechutes de typhus à brève ou longue échéance ;
- 2^o la théorie de Mosing, Blanc, Balthazard qui fait état d'infection ou de réinfection par des rickettsies virulentes enrobées dans les déjections sèches de poux et conservées dans les vêtements (l'inoculation pouvant se faire par projection d'une particule infectée dans l'œil ou le nez).

Il est bien difficile de répondre pour nos malades ; disons seulement que l'une d'elles avait déjà eu le typhus en 1919.

La survenue de ces deux cas de typhus nous a donné l'occasion de pratiquer des sondages sur un chiffre important de l'effectif du camp au moyen de l'hémodiagnostic, comme il a permis d'éliminer la suspicion des formes frustes chez les sujets contact.

Pratiquant ainsi des hémodiagnostic en série sur cent hommes et sur cent femmes pris au hasard dans les baraques, il s'est avéré que tous les hommes sans aucune exception, avaient un hémodiagnostic négatif au *Proteus* X 19.

Il n'en fut pas de même pour les femmes et quatre d'entre elles sur cent avaient un hémodiagnostic positif au *Proteus* X 19.

Ces faits confirment ceux déjà signalés par Giroud et vérifiés par L. Brumpt en Afrique du Nord, de la fréquence du typhus chez la femme, dans ses formes frustes ou inapparentes.

Ces sujets, qui ne présentent aucun signe clinique de la maladie et qui sont trouvés avoir un hémodiagnostic positif au *Proteus*, ont également montré qu'ils avaient un Weil-Félix positif.

Il y a lieu de se demander à ce sujet :

- s'il s'agit de typhus inapparent récent,
- s'il s'agit d'une agglutination de rappel au *Proteus* chez des sujets ayant eu autrefois le typhus exanthématique,
- ou enfin s'il s'agit d'une agglutination non spécifique, le *Proteus* passant dans l'intestin à la faveur de différentes causes et difficiles à déterminer : constipation, règles, grossesse.

Il faut préciser, en outre, que cette plus grande fréquence de la maladie chez les femmes en pays d'endémie ne se retrouve plus en période d'épidémie où le typhus atteint indistinctement hommes et femmes.

Les mesures suivantes ont été prises devant l'apparition de ces cas de typhus :

— *Les malades* ont été tondues, dépouillées et isolées, et les vêtements désinfectés par la chaleur. A ce sujet, il y a lieu de rappeler une notion capitale, qu'ignorait un médecin de l'hôpital de Limoges, qui avait refusé de recevoir l'une des typhiques : tout malade épouillé de façon complète n'est pas contagieux. Il ne l'est que par les poux qu'il peut encore porter.

Les sujets contact ont été épouillés, vaccinés et surveillés. A cet égard il faut savoir que la surveillance de la température s'impose chez ces sujets, la moindre pyrexie pouvant faire craindre le typhus en dehors de toute éruption et sans typhos. On conçoit que des hémodiagnostic permettent, soit de dépister parmi les sujets contact à partir du septième jour d'évolution, ceux qui sont typhiques, soit de retrouver jusqu'à deux mois après le début de l'affection restée méconnue, les convalescents.

Enfin, bien qu'il ne se soit pas agi d'une épidémie, nous devons prendre des mesures draconiennes et procéder à l'épouillage, à la vaccination des quelques trois mille sujets et à leur isolement de l'extérieur.

La désinsection a été cette fois pratiquée avec de la poudre D. D. T.

Un cordon sanitaire a été établi pour éviter le contact avec la population civile, et les échanges avec l'extérieur ont été réduits au minimum indispensable : corvées pour le ravitaillement, combustibles, évacuation des ordures.

La compagnie de sécurité du camp, composée de soldats français, a dû également subir la vaccination et l'épouillage, car elle a été reconnue parasitée dans une proportion notable.

A l'intérieur du camp on a supprimé les manifestations collectives, les repas ont été servis dans les baraques pour éviter de nouveaux contacts.

Les douches, les distributions de savon, le linge de rechange sont autant de points importants qu'il fallut envisager.

La durée de la consigne du camp a pu être limitée à douze jours, durée limite de l'incubation du typhus. En l'absence d'épouillage effectif, les mesures de consigne auraient été de vingt jours après l'apparition du dernier cas, ajoutant ainsi huit jours, durée d'incubation chez le pou, aux douze jours d'incubation chez l'homme.

Nous pouvons dire en conclusion de cette enquête :

— Qu'une collectivité doit être épouillée en une fois et en une journée, de façon à éviter les réinfestations. L'épouillage baraque par baraque, suivant un plan rotatif, est inopérant. Malgré l'isolement, la réinfestation est fatale par les sujets non encore traités.

L'expérience de la désinsection pratiquée au camp de la Courtine par l'équipe d'épouillage de la Croix-Rouge montre que, l'opération s'échelonnant sur une quinzaine de jours, on n'était pas venu à bout du problème et qu'elle avait entraîné en outre des dépenses considérables.

— Que certaines étuves ne permettent pas une désinsection réelle, en raison de l'entassement des ballots, et constituent une fausse sécurité.

— Enfin, que les procédés d'étuvage et de fumigation ne sont que curatifs et non préventifs, contrairement aux méthodes actuelles par les poudres insecticides, dont l'action persistante a l'avantage de prévenir les réinfestations pendant un mois environ. En outre, le pou-drage s'adresse, non seulement aux individus et à leurs vêtements, mais aussi aux literies et aux locaux.

2° Le faux cas de typhus du camp polonais de Chaumont.

Nous étions avisés téléphoniquement le 25 mars 1945 de l'existence d'un cas de typhus au camp polonais de Chaumont (installé dans une caserne de la ville).

Il s'agissait d'une femme d'une trentaine d'années qui avait été admise quelques jours auparavant à l'infirmerie du camp pour une pyrexie importante et restant en plateau aux environs de 39°5. Elle présentait par ailleurs céphalée et tufhos.

Cette malade a été trouvée dans un état d'hygiène extrêmement déplorable lorsque notre médecin a été amené à l'examiner. Elle était non seulement parasitée par des poux de tête, mais encore ses sourcils et ses cils étaient couverts de poux du pubis. Devant ce tableau clinique et en raison de la présence de poux de tête, le médecin a pensé qu'il pouvait s'agir d'un typhus. Il a isolé d'une façon rigoureuse la malade dans une des pièces de l'infirmerie et a procédé à une désinsection complète. Une réaction de Weil-Félix a été pratiquée et c'est devant le résultat positif au 1/100 de cet examen que le médecin nous a alertés.

Nous nous sommes rendus sur place dès le 26 mars sous l'autorité du médecin consultant d'épidémiologie emportant avec nous poudre insecticide et vaccins antirickettsie pour vacciner éventuellement tout le camp.

La malade était moins fébrile que les jours précédents, moins abat-tue, et nous ne trouvions pas trace d'éruption.

Nous pratiquions :

- un hémodiagnostic au *Proteus* X 19 qui s'avérait totalement négatif,
- un hémodiagnostic à l'Eberth qui s'avérait positif.

Nous éliminions ainsi le diagnostic de typhus, considérant que, s'il s'était agi d'un typhus, le taux des agglutinines aurait augmenté depuis le jour où la réaction de Weil-Félix avait été pratiquée, ne laissant aucun doute alors sur le caractère positif qu'aurait dû revêtir l'hémodiagnostic.

On put considérer que le Weil-Félix positif au 1/100 correspondait à une agglutination de rappel passagère au cours d'une pyrexie.

Quant à l'hémodiagnostic positif à l'Eberth, nous l'interprétons comme une réaction d'agglutination chez une vaccinée.

La réaction d'agglutination des rickettsies pratiquée au laboratoire du D^r Giroud, à l'Institut Pasteur, a confirmé le résultat de l'hémodiagnostic, les jours suivants. Mais notre enquête nous avait permis de décider de lever la consigne du camp, et nous avons profité de notre

visite pour effectuer un sondage au moyen de l'hémodiagnostic en série, parmi les hommes et les femmes de ce centre.

Nous avons trouvé sur 100 hémodiagnostics au *Proteus* X 19 pratiqués chez les femmes polonaises :

- 3 réactions franchement positives,
- 2 réactions légèrement positives.

Chez 125 hommes polonais, au contraire, tous les hémodiagnostics au *Proteus* X 19 ont été négatifs.

Ces résultats confirmaient ceux qui avaient été constatés auparavant au camp soviétique de La Courtine.

Nous avons encore élargi le champ de nos expériences en nous rendant, les 27 et 29 mars, au camp russe de Bourbonne-les-Bains et au camp de Piémont-Suippes. Les résultats recueillis ont été les suivants :

1° A Bourbonne-les-Bains :

Sur 78 hémodiagnostics pratiqués chez des femmes russes :

- 2 réactions franchement positives,
- 2 réactions douteuses.

2° A la ferme de Piémont-Suippes :

Sur 100 hémodiagnostics pratiqués sur des femmes russes :

- 2 réactions franchement positives,
- 2 réactions douteuses.

Sur 60 hémodiagnostics pratiqués chez des femmes polonaises :

- 1 réaction faiblement positive.

Tous ces résultats sont venus confirmer l'impression que 2 à 4 % des femmes polonaises et russes agglutinaient le *Proteus* X 19, et les réactions de Weil-Félix pratiquées parallèlement ont toujours parfaitement concordé. Nous avons dit plus haut comment il fallait les interpréter.

Signalons, en définitive, que c'est à l'occasion de ce cas présumé de typhus à Chaumont que les autorités américaines avaient envoyé une équipe mobile spéciale de désinsection. L'épouillage effectué au moyen de la poudre D. D. T. a été réalisé en une seule journée pour un effectif de 1.500 personnes. Concurrément, la désinfection des vêtements et des paquetages a été entreprise et réalisée en un temps record grâce à une chambre démontable à bromure de méthyle.

3° Le cas douteux du camp soviétique de Saint-Junien (Haute-Vienne).

Nous venions d'apprendre, au début du mois d'avril, que le camp soviétique de Saint-Junien, pris en charge par le Ministère de la Guerre, allait passer sous l'autorité du Ministère des P. G. D. R. lorsqu'on nous signala qu'un cas de typhus était survenu à ce camp.

Une enquête a été menée par les soins du chef de Service de Santé des camps d'étrangers et du médecin-consultant d'épidémiologie qui est venue compléter celle entreprise par le Service de Santé militaire de la place de Limoges.

Le rapport du médecin-chef de la 12^e région militaire relatait qu'il s'agissait d'un typhus cliniquement typique, hautement fébrile, avec une éruption manifeste, chez un sujet âgé, et confirmé par une réaction de Weil-Félix positive au 1/500.

Lorsque nous vîmes le malade, il était déjà à la convalescence, amaigri, asthénique et apyrétique.

Fait singulier, l'hémodiagnostic au *Proteus* X 19, pratiqué par L. Brumpt trois jours après la réaction de Weil-Félix, s'avéra négatif.

L'enquête a été poursuivie auprès des sujets vivant dans le même bâtiment que le malade : un château distinct du camp, mais situé à proximité et habité par quelques familles soviétiques :

- des hémodiagnostic ont été pratiqués ainsi à la femme et à la fille du malade qui cohabitaient avec lui dans une même pièce : ils sont restés négatifs,
- on ne put effectuer des hémodiagnostic à l'ensemble des habitants du château, mais on put toutefois en réunir 32. Parmi ces sujets, trois réactions furent positives (chez 2 femmes et 1 homme).

Malgré l'absence de parasitose apparente parmi tous ces sujets, ainsi d'ailleurs que chez le malade, un épouillage soigneux et une désinfection des vêtements à l'étuve à vapeur sous pression de l'Armée ont été effectués, et le camp consigné.

Aucun nouveau cas n'est survenu au camp deux mois après le cas relaté.

Cette observation ouvre plusieurs discussions :

1° *Tout d'abord, on peut discuter l'authenticité de ce cas* devant la contradiction apparente des signes cliniques caractéristiques de la maladie et de la réaction de Weil-Félix positive au 1/500 d'une part, et, le résultat négatif de l'hémodiagnostic d'autre part.

Nous eussions voulu trancher cette question en pratiquant chez le

malade une réaction d'agglutination des rickettsies, mais le médecin russe du camp s'y est opposé, le malade était trop affaibli pour qu'on lui prélevât du sang.

a) Il peut s'agir d'un typhus authentique, dans sa forme endémique et l'on peut même dire que, le malade ayant déjà fait un typhus 25 ans auparavant, ce cas entre dans le cadre de la théorie des rechutes de Zinsser.

On peut alors expliquer le caractère négatif de l'hémodiagnostic de deux manières :

- ou bien il est toujours resté négatif. C'est une éventualité rare (3 ou 4 %) qu'au cours d'un typhus l'hémodiagnostic reste négatif, mais il faut la connaître ; mais dans ce cas, le Weil-Félix reste également négatif, ce qui n'est pas le cas ici,
- ou bien il a cessé d'être positif prématurément et anormalement, le changement d'état ayant pu s'opérer pendant la période de trois jours qui sépara les deux réactions.

b) On peut nier le typhus (accordant alors toute sa valeur à l'hémodiagnostic) en prétendant que la réaction positive au Weil-Félix pouvait ne constituer que le témoin d'une agglutination de rappel toute transitoire et passagère au cours d'une pyrexie, le pouvoir d'agglutination ayant déjà disparu lorsqu'a été pratiqué l'hémodiagnostic.

2° Ensuite, on peut interpréter les trois réactions positives au *Proteus* X 19 relevées parmi les habitants du château :

- soit comme le témoin d'une agglutination consécutive au choc produit par deux injections récentes de vaccin T. A. B. D. T.,
- soit comme le témoin de formes frustes de typhus. Mais le résultat négatif de l'agglutination des rickettsies qui a pu être pratiquée chez ces trois sujets montre que c'est à la première des deux éventualités qu'il faut se rallier.

4° Le faux cas de typhus du camp soviétique de Beauregard-la Celle-Saint-Cloud (Seine-et-Oise).

Nous avons été prévenu, le 29 mai, qu'une malade du camp soviétique de Beauregard, conduite à l'hôpital russe de la Cité Universitaire avec le diagnostic de typhus exanthématique, a dû être dirigée secondairement à l'hôpital Claude-Bernard.

Sans autre renseignement, nous décidions de mener une enquête pour nous assurer du bien-fondé de cette communication et veiller, dans ce cas, à ce que toutes les mesures fussent prises au camp.

Nous nous sommes rendus le 30 mai, à Claude-Bernard et nous trouvâmes la malade au pavillon Widal dans le service du Professeur Lemierre.

Elle y avait été admise trois jours auparavant et présentait à cette époque, légère céphalée et température à 38°5. Elle n'était pas parasitée et il n'avait été relevé aucun autre signe clinique. Une réaction de Weil-Félix avait été pratiquée et le résultat n'en était pas encore connu le jour de notre visite. Nous avons trouvé une femme presque apyrétique, assise dans son lit, souriante, et toujours sans aucun signe à l'examen. Nous avons demandé à M. le Professeur Lemierre l'autorisation de pratiquer chez elle des hémodiagnosics :

- l'un avec l'émulsion *Proteus* X 19 qui s'avéra négatif ;
- l'autre avec l'émulsion d'Eberth qui s'avéra faiblement positif.

Nous en concluons :

1° que le diagnostic de typhus pouvait être exclu à moins que notre examen ait été pratiqué trop précocement, avant le virage de la réaction ;

2° que l'agglutination faiblement positive à l'Eberth pouvait correspondre à la formule d'un individu en cours de vaccination, ou bien à la formule d'un vacciné ancien.

Notre interprétation trouva sa vérification lorsque nous allâmes compléter notre enquête au camp de Beauregard.

Nous apprîmes que c'était le médecin russe du camp qui avait été amené à examiner cette malade, et il nous donna les renseignements suivants :

La malade n'était pas hébergée au camp de Beauregard. Elle y est venue pour consulter alors qu'elle était, depuis quelques jours, l'hôte de ressortissants soviétiques à Paris.

Le médecin russe l'a examinée à l'infirmerie dès son arrivée dans le camp et devant l'existence d'une température à 39°, d'une céphalée violente en casque, d'un léger exanthème, de la sécheresse de la bouche et l'aspect saburral de la langue, il a pensé qu'il avait affaire à un typhus exanthématique et fit, sur-le-champ, transporter la malade à l'hôpital soviétique de la Cité Universitaire.

Le début de la maladie remontait déjà à trois jours.

La malade avait quitté le camp russe de Vadenay (dans la région de Châlons-sur-Marne) quelques jours auparavant.

Munis de ces renseignements, nous ne prenions aucune mesure de prophylaxie dans le camp : seul, le médecin aurait pu constituer un sujet contact ; et nous éclaircissions le caractère faiblement positif de l'hémodiagnostic à l'Eberth chez notre malade, car nous savions, à la

suite d'une visite au camp de Vadenay faite 10 jours auparavant, que tout l'effectif du camp avait reçu sa deuxième injection de vaccin T. A. B.

Nous avons ainsi saisi le début de la réaction d'agglutination consécutive à la vaccination qu'avait subie la malade à ce camp. La malade avait, d'ailleurs, fait savoir qu'elle venait d'être vaccinée, mais il fut impossible de savoir avant d'avoir les renseignements que nous venons de détailler, à quel genre de vaccination elle avait été soumise.

Le surlendemain de cette visite, nous obtenions, du Service du Professeur Lemierre, le résultat du Weil-Félix : celui-ci était négatif. Mais nous apprenions en même temps que la température était remontée, le soir même de notre visite, à 40° et qu'elle s'était maintenue à ce niveau pendant ces deux jours. Il fut pratiqué alors une hémoculture, un second Weil-Félix et une réaction d'agglutination des rickettsies. Tous ces examens sont revenus négatifs et, après cette brusque recrudescence fébrile, la température est redevenue normale et la malade a guéri sans qu'il ait pu être porté un diagnostic ferme.

Si nous avons relaté cette observation, c'est qu'elle nous a permis de montrer l'utilité que pouvait revêtir la pratique de l'hémodiagnostic dans une enquête épidémiologique avant que d'autres examens aient pu apporter l'éclaircissement souhaitable, quand il convient de prendre d'urgence les mesures qui s'imposent.

En conclusion de cette étude sur les enquêtes épidémiologiques que nous avons menées, nous tenons encore à rappeler quelques points de pratique qu'il faut absolument connaître :

1° On risque, en pensant à un syndrome clinique de fièvre typhoïde et en ne pratiquant qu'un hémodiagnostic à l'Eberth ou un sérodiagnostic de Widal, de méconnaître des cas de typhus. En effet, un hémodiagnostic positif à l'Eberth ne s'explique pas seulement par une fièvre typhoïde en évolution ou une formule de vacciné, mais peut correspondre à un germe de sortie au cours d'un typhus.

2° Rappelons que, dans 3 ou 4 % des cas de typhus, l'hémodiagnostic au *Proteus* X 19 et la réaction de Weil-Félix restent négatifs, et peut-être dans un plus grand pourcentage en ce qui concerne le typhus des vaccinés. Dans ce cas, le laboratoire peut aider la clinique en effectuant les examens suivants :

- agglutination des rickettsies,
- fixation du complément,
- test de séroprotection,

Si l'on encombre le laboratoire en temps d'épidémie en lui demandant de pratiquer des réactions de Weil-Félix, il ne pourra pas faire les réactions sus-citées.

C'est dire que l'hémodiagnostic reste la méthode clinique à mettre entre les mains de tous les médecins, que la méthode de Weil-Félix doit voir son emploi restreint et que, par contre, des méthodes plus modernes, que nous venons de citer et qui sont plus spécifiques, méritent un large emploi.

B. — *Enquêtes épidémiologiques pour fièvre typhoïde.*

A l'approche des mois chauds, avec les mouvements de populations incessants, les multiples dangers de contamination des eaux de puits ou de source alimentant certains camps, l'impossibilité de vacciner les populations en transit, et le surpeuplement fréquent de camps aménagés en toute hâte on était en droit de craindre la survenue d'épidémies redoutables de fièvre typhoïde.

En fait, nous avons eu à faire face à trois épidémies :

- l'une à Banassac (Lozère) ;
- les deux autres dans les camps de transit de Vadenay et Piémont d'une part, de Cernon d'autre part.

Nous retracerons les caractères propres à chacune d'elles, étudierons leurs causes respectives et les moyens que nous leur avons opposés.

1° *L'épidémie de fièvre typhoïde du camp soviétique de Banassac.*

Elle a éclaté dans la première quinzaine d'avril peu après la création du camp. L'alimentation en eau était assurée par deux puits. La gestion sanitaire du camp incombait provisoirement à un médecin local qui assurait journallement une consultation des malades.

Deux cas de fièvre typhoïde se sont alors produits au camp. Le médecin a procédé à la première injection de vaccin T.A.B. mais a rencontré, de la part des ressortissants du camp, une difficulté réelle à l'appliquer.

Dans la même période, un médecin était affecté au centre de Mende et était chargé de se rendre trois fois par semaine au camp de Banassac (situé à 48 kilomètres de Mende).

Simultanément, nous effectuions une visite d'inspection dans ces deux centres et allions prendre les mesures suivantes :

- Mise en place d'un réservoir permettant la javellisation de l'eau de boisson et de cuisine.
- Nous demandions instamment au Responsable soviétique du camp de veiller à ce que personne n'échappât à la vaccination entreprise.
- Nous faisons procéder à nouveau à une analyse de l'eau.

Dans les jours qui suivirent, trois autres cas se sont déclarés.

Le diagnostic de ces cinq cas de fièvre typhoïde n'a pu trouver localement de confirmation par des examens humoraux. Les malades ont tous été transportés à l'hôpital, les hommes à l'hôpital complémentaire et les femmes à l'hôpital civil.

L'un des cas a présenté une perforation typhique qui a été opérée à l'hôpital civil avec succès.

A la suite de toutes les mesures qui ont été prises, il n'y a pas eu d'autres cas de fièvre typhoïde dans ce camp.

2° L'épidémie de fièvre typhoïde des camps de transit de la 6^e région militaire (Châlons-sur-Marne).

Le transfert en France, au mois d'avril 1945, de plusieurs milliers de ressortissants étrangers en provenance de l'Allemagne a donné lieu à l'éclosion de cas de fièvre typhoïde dans les centres d'hébergement qui leur étaient destinés.

a) *Au camp de Cernon (transit hollandais).*

Deux cas de fièvre typhoïde ont été diagnostiqués et confirmés l'un par hémoculture, l'autre par le sérodiagnostic. Les premiers symptômes de la maladie sont apparus le 29 et le 30 avril. Ces deux Hollandais étaient arrivés au camp le 21 avril et avaient séjourné quelques jours à Epernay après leur départ de Francfort.

Il apparaît donc indubitable que l'origine de l'affection fut immédiatement antérieure au séjour en France. Ces deux sujets n'étaient pas contacts et il n'a été relevé d'autres cas ultérieurement.

Les conditions d'hygiène dans le camp étaient excellentes : l'eau a été reconnue potable à une analyse antérieure et sa javellisation assurée par l'hypochlorite de chaux. Cette opération de javellisation s'effectuait dans des sacs de toile de l'armée américaine contenant 35 galons et dans lesquels on verse le contenu d'un tube d'hypochlorite de chaux dosé à cet effet. Le médecin du camp a procédé à des mesures d'isolement et de surveillance des contacts, c'est-à-dire les 7 personnes cohabitant sous chaque tente avec ces malades. La désinfection des tentes a été effectuée au chlorure de chaux. Enfin, il a été décidé de procéder à la vaccination de tout l'effectif du camp, soit 1.008 personnes au moyen du vaccin antityphoïdique américain.

Avisés de l'existence de plusieurs cas de typhoïde dans les camps de la région de Châlons, nous avons entrepris des visites à ces camps, au cours desquelles nous avons pratiqué des hémodiagnostic en série vis-à-vis du bacille d'Eberth. En effet, tous les cas signalés par ailleurs, comme nous le verrons, sont imputables au seul bacille d'Eberth.

A notre arrivée à Cernon, la première injection avait été pratiquée à tous les réfugiés arrivés le 21 avril, d'autres, qui venaient d'être hébergés, n'avaient pas reçu d'injection.

Sur 95 hémodiagnosticstiques pratiqués chez les femmes hollandaises :

	Hémodiagnostic positif	Hémodiagnostic douteux	Hémodiagnostic négatif
Sujets n'ayant reçu aucune injection	5	6	17
Sujets ayant reçu une injection.....	14	27	26

Sur 92 hémodiagnosticstiques pratiqués chez les hommes hollandais :

	Hémodiagnostic positif	Hémodiagnostic douteux	Hémodiagnostic négatif
Sujets n'ayant reçu aucune injection	7	11	13
Sujets ayant reçu une injection.....	13	20	28

Ces résultats montrent que, à leur retour d'Allemagne, ces sujets ne présentent pas des réactions d'agglutination à l'Eberth fréquemment positives et que la première injection n'a pas apporté, dans l'ensemble, grande modification aux réactions d'agglutination. Plus de la moitié de l'effectif prétend même n'avoir jamais été vaccinés en Allemagne, et, parmi ceux qui affirment avoir été vaccinés au cours des deux dernières années, nos statistiques détaillées ont montré que la moitié seulement de ces sujets conservaient une agglutination à l'Eberth. Nous comparerons plus loin ces résultats avec ceux que nous avons obtenus à Vadenay et à Piémont.

b) Aux camps de Piémont et de Vadenay (sujets italiens).

1.300 Italiens hommes, considérés par les autorités américaines comme « displaced persons », ont été conduits au camp de Vadenay, le 7 avril.

Un premier cas de fièvre typhoïde est diagnostiqué le 22, mais le début de la maladie remontait en fait au 12 avril. Il s'agissait d'un ancien paludéen qui présentait une température à 39°, 40°.

Deux autres cas se déclaraient, les 17 et 18 avril. Ces trois malades

ont été hospitalisés à l'hôpital de Châlons entre le 22 et le 27 et le diagnostic a été confirmé par des hémocultures qui ont identifié le bacille d'Eberth.

Cinq autres cas ne tardaient pas à se déclarer dans le camp, entre le 22 et le 27 avril, date du départ de tous les Italiens pour le camp de Piémont-Suippes, ce déplacement s'étant produit avant d'avoir obtenu la confirmation des diagnostics par l'hôpital de Châlons.

C'est alors que, le 28, 20 ressortissants italiens se présentent à la consultation de l'infirmerie de Piémont pour hyperthermie entre 38° et 40° ; parmi eux, 10 sont suspects de fièvre typhoïde et les sérodiagnostics s'avèrent positifs au 1/200^e pour l'Eberth. Les malades ont été isolés à l'infirmerie et l'hospitalisation a été pratiquée après que les sérodiagnostics ont confirmé la maladie.

L'enquête entreprise par le médecin-chef régional du rapatriement pour la région de Châlons-sur-Marne a établi que l'origine de cette manifestation ne résidait certainement pas à Vadenay, étant donné que les premiers hospitalisés étaient, en réalité, malades depuis le 12 avril et que le convoi dont ils faisaient partie était arrivé le 7, après avoir séjourné 4 jours à Epinal, et auparavant, en partie à Sarrebourg, en partie à Trèves. Il y a donc tout lieu de penser que l'affection a été contractée en zone allemande, ce qui s'explique fort bien quand on songe que nombre de villes sont restées quelques jours sans eau après les combats qui s'y sont déroulés.

Néanmoins, il est certain que des contaminations ont dû se produire soit au cours du séjour à Vadenay, soit immédiatement avant ce séjour.

Signalons encore que l'eau de Vadenay, provenant de puits, avait été reconnue de bonne qualité au début de mars, et médiocre le 17 avril. Les mesures prophylactiques d'usage ont été prescrites :

— *A Vadenay*, la javellisation de l'eau était précédemment assurée, les tentes nettoyées, mais l'arrivée de 2.500 Russes, sitôt le départ des Italiens, allait évidemment tenir en éveil notre attention. La vaccination de tous ces sujets soviétiques fut décidée et exécutée en trois semaines avec le vaccin T. A. B. américain, qui permet de rapprocher les injections de huit jours en huit jours.

— *A Piémont*, la consigne du camp a été effectuée le 4 mai. La désinfection des tentes a été assurée par poudrage de D. D. T. et celle des vêtements, couvertures au moyen de l'étuve à bromure de méthyle. En outre, l'eau, provenant d'un puits, a été régulièrement javellisée, les analyses de l'eau qui avaient été pratiquées en mars et en mai l'ayant révélée non potable. Enfin, la vaccination de ces 1.300 Italiens a été entreprise les 1^{er}, 8 et 15 mai au moyen du vaccin américain. Tous ces sujets italiens avaient été vaccinés, en 1940, au

moment de leur incorporation dans l'armée, mais, seuls, quelques-uns d'entre eux avaient été vaccinés en Allemagne.

Lorsque nous nous sommes rendus à ces camps, le 18 avril, nous avons pratiqué des hémodiagnostic en série afin de pouvoir comparer les résultats obtenus à Cernon après la première injection de vaccin à ceux que nous allions recueillir dans ces camps où la deuxième injection pour Vadenay, et la troisième injection pour Piémont, venaient d'être pratiquées.

A Vadenay, sur 100 hémodiagnostic pratiqués chez les femmes russes récemment arrivées au camp :

	Hémodiagnostic positif	Hémodiagnostic douteux	Hémodiagnostic négatif
Sujets ayant reçu une injection.....	15	1	0
Sujets ayant reçu deux injections.....	77	6	1

Sur 100 hémodiagnostic pratiqués chez les hommes russes récemment arrivés au camp :

	Hémodiagnostic positif	Hémodiagnostic douteux	Hémodiagnostic négatif
Sujets ayant reçu une injection.....	24	6	20
Sujets ayant reçu deux injections.....	41	6	3

Il résulte, de ces tableaux, deux constatations :

- A la deuxième injection de vaccin, la réaction d'agglutination est positive pour la plupart des individus. Il est à signaler toutefois qu'une grande partie de ces sujets a certainement été vaccinée en Allemagne dans les deux dernières années.
- Il semble que, chez les femmes, la réaction d'agglutination soit plus rapidement obtenue et soit plus intense qualitativement.

*A Piémont, sur 55 hémodiagnostic*s pratiqués chez des sujets italiens :

	Hémodiagnostic positif	Hémodiagnostic douteux	Hémodiagnostic négatif
Sujets ayant reçu trois injections	50	3	2

On voit qu'à la troisième injection de vaccin, les réactions faiblement positives ou négatives sont cas d'exception.

La comparaison de ces tableaux nous enseigne que nous pouvons nous adresser à l'hémodiagnostic pour apprécier s'il est besoin ou non, à un ancien vacciné, de subir une injection de rappel.

C. — *Les épidémies constatées en milieu infantile.*

Nous étudierons rapidement l'épidémie de scarlatine du camp polonais de La Ferté-Saint-Aubin, puis l'épidémie de rougeole de Saint-Germain-les-Belles et les quelques cas de diphtérie qui nous ont été signalés.

1° Les cas de scarlatine de la Ferté-Saint-Aubin.

Cinq cas de scarlatine ont été reconnus, l'un le 24 avril, les quatre autres, les 24, 25 et 27 avril, chez des enfants polonais de 5 à 10 ans. L'isolement des enfants a été aussi rigoureux que possible à l'infirmerie du camp. Le camp fut mis en quarantaine, mais l'apparition de nouveaux cas risquait de se produire et de prolonger cette consigne par rallonges de huit jours en huit jours, chaque fois qu'un nouveau cas serait signalé.

Deux nouveaux cas se sont produits quinze jours après, mais l'épidémie s'est définitivement arrêtée.

On voit que cette épidémie, déclarée au milieu d'une collectivité de 200 enfants n'a englobé que quelques cas, grâce aux mesures prophylactiques qui ont été prises dans le camp :

- examen systématique des gorges pour isoler les cas suspects, avant qu'apparaisse l'exanthème ;
- gargarismes deux fois par jour.

Ces cas de scarlatine ont tous été bénins et il n'a été relevé aucune complication.

Devant la difficulté de faire accepter les mesures d'isolement, nous avions craint la propagation de l'épidémie. En fait, cette épidémie a conservé les caractères classiques qu'on lui connaît.

2° L'épidémie de rougeole de Saint-Germain-les-Belles.

Cette épidémie s'est déclarée dans la première semaine de mai. Elle a posé de graves problèmes, 90 enfants polonais au-dessous de 13 ans étant hébergés dans ce centre dont l'effectif total était de 250 personnes réparties en trois baraques.

Il n'y avait au camp aucun moyen d'isolement sauf dans la salle d'infirmerie où il a pu être aménagé huit lits. L'éloignement des hôpitaux eux-mêmes a entravé le transport des malades.

Les mesures suivantes ont été prises :

- désinfection du nasopharynx de tous les enfants ;
- isolement des enfants présentant un catarrhe oculo-nasal symptomatique ;
- consigne du camp prise par arrêté préfectoral. Mais les parents refusèrent souvent de se séparer de leurs enfants et de les laisser conduire à l'hôpital.

Cette exemple montre, une fois encore, les difficultés avec lesquelles, on devait faire admettre les mesures sanitaires de prophylaxie.

3^o Enfin, les quelques cas de diphtérie.

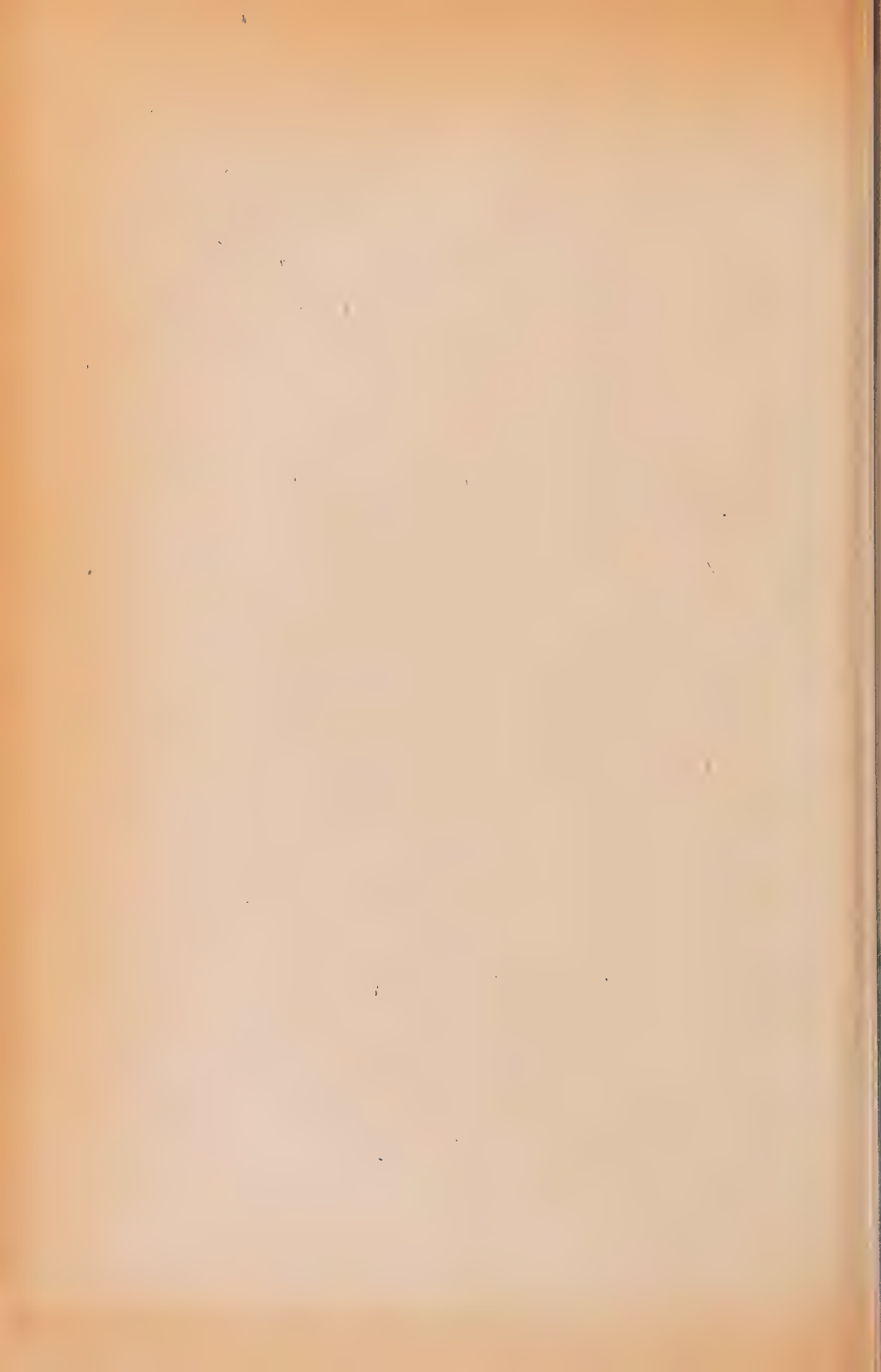
Au mois de janvier 1945, le médecin du camp de Chaumont était appelé à examiner un enfant de 4 ans, présentant un tirage sus-sternal. Un médecin O.-R.-L. est appelé, qui pratique une trachéotomie et une sérothérapie intensive, mais l'enfant décède.

Les habitants de la chambrée sont consignés, une chambre d'isolement est agencée immédiatement à l'infirmerie pour y recevoir les enfants qui avaient pu être en contact avec la petite malade, 6 d'entre eux reçoivent la sérovaccination, 2 autres une injection de rappel de vaccin anti-diphtérique.

Le génie épidémique s'est révélé faible, et l'on a seulement connaissance de cas isolés de diphtérie sévissant à Chaumont depuis fin octobre 1944 sans tendance à l'épidémie sporadique.

Signalons enfin deux cas de diphtérie survenus au camp de Cernon, le 3 mai, chez une femme de 20 ans et sa fille de 2 ans et demi. Ces deux sujets ont été transportés à l'hôpital où le diagnostic a été confirmé. Les sujets contact ont été isolés. Les adultes ont reçu 3.000 unités de sérum anti-diphtérique et un enfant de 2 ans, qui cohabitait avec eux, 1.000 unités. Aucun cas de diphtérie ne s'est déclaré ultérieurement.

Devant le danger que pouvait comporter l'éclosion d'une épidémie de diphtérie dans les camps où les enfants étaient particulièrement nombreux et où des mesures d'isolement auraient été difficiles à prendre, au cours de nos visites d'inspection, nous avons remis aux médecins, des doses importantes de sérum anti-diphtérique pour leur permettre d'entreprendre immédiatement un traitement si le cas se présentait.



CONCLUSIONS

Nous avons été contraints, dans cet ouvrage, d'envisager en quelques pages les problèmes sanitaires multiples qui furent posés par l'hébergement des étrangers regroupés sur le territoire français, dans l'attente de leur rapatriement.

Les aspects les moins médicaux de cette question n'ont été qu'ébauchés, mais ils ont permis de situer plus exactement le sujet. D'autres, plus riches en enseignement, méritent de rentrer dans les conclusions :

1. — Il fut possible d'organiser un Service de Santé cohérent à partir d'éléments jeunes. Avec ardeur, enthousiasme et esprit d'initiative, ils ont abordé une immense tâche et ont montré qu'il était possible de réaliser dans l'effort de beaux exemples.

2. — Mais la dispersion des éléments sanitaires rendait nécessaire une liaison parfaite entre l'organisme central et les exécutants. Elle fut réalisée :

- par des instructions précises données à chacun ;
- par nos contacts directs, répétés aussi souvent que possible, avec les médecins des camps ;
- par les rapports sanitaires bi-mensuels.

3. — C'est, sans doute, aux problèmes d'hygiène et de prophylaxie qu'il fallut apporter surtout une attention constante. Dans la diversité de ces populations, autant d'habitudes de vie et une psychologie propre à chacune ajoutèrent à la complexité de la tâche.

4. — Du point de vue médical, nous redoutions une forte morbidité et l'éclosion de redoutables épidémies. En fait, l'état sanitaire est resté satisfaisant dans ces collectivités, peut-être en raison des mesures prophylactiques que nous avons prises, mais aussi, nous semble-t-il, du fait de la surprenante résistance des sujets.

Les cas de typhus exanthématique que nous avons enregistrés se comptent par unités. Ils sont restés cas isolés et ont revêtu un caractère bénin, ce qui les fait entrer dans le cadre des formes endémiques du typhus.

5. — Nous avons pu reconnaître les effets remarquables de la poudre D. D. T. dans la lutte contre les parasitoses.

Nous avons enfin mesuré la valeur des renseignements que pouvait offrir la méthode de l'hémodiagnostic au cours des enquêtes épidémiologiques dans de grandes collectivités. C'est là un argument de plus à voir se généraliser cette méthode.

Nous savons bien que la réalisation d'un programme sanitaire aussi vaste a pu laisser place à certaines imperfections ; mais on ne doit pas perdre de vue les difficultés innombrables qui nous ont assaillis. Le résultat de l'effort que nous avons déployé auprès de ces populations alliées si éprouvées ne pouvait être en définitive qu'à l'échelle des possibilités nationales encore limitées.

Vu : le Président de la thèse,
M. DEBRÉ.

Vu : le Doyen,
A. BAUDOUIN.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris
G. ROUSSY.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
PRÉFACE	11
AVANT-PROPOS.	13
INTRODUCTION.	15
 CHAPITRE PREMIER. — <i>La gestion sanitaire dans les camps d'étrangers.</i>	19
I. — Les conditions de peuplement des camps et les problèmes psychologiques	19
II. — Situation géographique et caractères essentiels des différents camps.	22
III. — Organisation du Service de Santé des camps d'étrangers	28
IV. — Place du médecin dans la mission militaire française	32
V. — Tâche du médecin dans les camps d'étrangers	34
 CHAPITRE II. — <i>Le bilan sanitaire six mois après la création du Service de Santé.</i>	43
I. — Questions d'hospitalisation et de spécialités	44
II. — Morbidité dans les camps.	46
III. — La natalité.	55
IV. — Questions épidémiologiques soulevées	57
A. — Enquêtes épidémiologiques pour typhus exanthématique	61
B. — Enquêtes épidémiologiques pour fièvre typhoïde	73
C. — Epidémies constatées en milieu infantile	78
 CONCLUSIONS.	81

55. — Imprimerie Jouve et C^{ie}, 15, rue Racine, Paris (N^o 31.0939). — 8-45.
